

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Psicoterapia Cognitiva Conductual Grupal para
reducir niveles de ansiedad en un grupo de madres
de niños(as) con diagnóstico del espectro autista**

Psic Stephanie Cruz

8 – 765 – 2120

**Tesis presentada como uno de los requisitos para
optar al grado de Magister en Psicología Clínica**

PANAMÁ REPUBLICA DE PANAMÁ

2009

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a Jesus quien le ha dado sentido a mi vida y a la profesión que he elegido

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios porque es por Él que he podido culminar metas profesionales y personales

Agradezco a mi familia a mis amistades a mis colegas y todas las personas que me apoyaron en el proceso de realización de la tesis

Tambien agradezco a todas las madres de niños(as) con diagnostico de algun trastorno del espectro autista que he conocido las admiro y respeto sinceramente

Indice General

	Pág
I Introduccion	x
II Resumen	xii
III Contenido Teorico	14
Capitulo I Trastornos del Espectro Autista	
1 Historia conceptual	14
2 Características generales de los trastornos del espectro autista (TEA)	22
3 Incidencia y etiología de los trastornos del espectro autista	26
Capitulo II Los Trastornos del Espectro Autista y el Impacto en las Familias	
1 Generalidades del proceso de evaluación diagnóstica y reacciones emocionales	32
2 Impacto en el hogar	44
3 Proceso de aceptación del diagnóstico e intervención con la familia	47
4 Grupos de apoyo para la familia de niños(as) con diagnóstico de trastornos del espectro autista	53
5 Investigaciones encontradas sobre las madres y padres de niños(as) con diagnóstico de trastornos del espectro autista	54
6 Estudios en Panamá	63
Capitulo III Ansiedad	
1 Definición conceptual	71
2 Componentes de la ansiedad	75
3 Etiología	76

	Pág
Capitulo IV Terapia Cognitivo Conductual	
1 Desarrollo histórico	83
2 Planteamientos teóricos	98
3 Aplicación de la terapia cognitivo conductual	100
4 Técnicas de la terapia cognitivo conductual	105
5 La Interacción terapéutica	113
6 Terapia cognitivo conductual como tratamiento para la ansiedad	115
7 Aplicación de la terapia cognitivo conductual con el modelo de terapia de grupo	119
 IV Aspectos Metodologicos de la Investigacion	
1 Planteamiento del Problema	124
2 Justificación	125
3 Objetivos de la Investigación	127
4 Definición de las Variables	128
5 Hipótesis de la Investigación	129
6 Tipo de Estudio y diseño general	131
7 Población y muestra	132
8 Selección de la muestra y recolección de la información	133
9 Criterios de Inclusión y de Exclusión	135
10 Psicoterapia Propuesta	137
11 Recolección de los datos	138
12 Datos sobre los procedimientos durante la investigación	142
13 Plan para prueba de hipótesis	143
 V Resultados y Discusión	
1 Características generales de la muestra	145
2 Resultados de la aplicación (Pre Prueba y Post Prueba) de Instrumento Escala de Ansiedad Clínica de Snaith 1986	154
3 Participación del grupo experimental en la terapia	175

	Pág
VI Análisis de Resultados	179
VII Conclusiones	193
VIII Recomendaciones	205
IX Bibliografía	208
Anexos	

Indice de Cuadros

	Pag
Cuadro I Lista de los grupos experimental y control	145
Cuadro II Datos generales del Grupo Experimental	145
Cuadro III Datos generales del Grupo Control	146
Cuadro IV Valoración de los síntomas ansiosos de la paciente I A	154
Cuadro V Valoración de síntomas ansiosos de la paciente L B	155
Cuadro VI Valoración de síntomas ansiosos de la paciente Y H	156
Cuadro VII Valoración de síntomas ansiosos de la paciente L L	157
Cuadro VIII Valoración de síntomas ansiosos de la paciente K M	158
Cuadro IX Valoración de síntomas ansiosos de la paciente B R	159
Cuadro X Valoración de síntomas ansiosos de la paciente M B	160
Cuadro XI Valoración de síntomas ansiosos de la paciente L B	160
Cuadro XII Valoración de síntomas ansiosos de la paciente N E	161
Cuadro XIII Valoración de síntomas ansiosos de la paciente A P	162
Cuadro XIV Valoración de síntomas ansiosos de la paciente R S	163
Cuadro XV Valoración de síntomas ansiosos de la paciente F V	163
Cuadro XVI Puntuaciones generales de la muestra general en la Pre Prueba segun los síntomas evaluados	164
Cuadro XVII Puntuaciones generales del grupo experimental en la Pre-Prueba segun los síntomas evaluados	165
Cuadro XVIII Puntuaciones generales del grupo control en la Pre Prueba segun los síntomas evaluados	166
Cuadro XIX Puntuaciones generales de la muestra general en la Post Prueba segun los síntomas evaluados	167
Cuadro XX Puntuaciones generales del grupo experimental en la Post Prueba segun los síntomas evaluados	168
Cuadro XXI Puntuaciones generales del grupo control en la Post Prueba segun los síntomas evaluados	169

Cuadro XXII	Comparación de los promedios de la intensidad de los síntomas ansiosos de los Grupos Experimental y Grupo Control obtenidos en la Pre-Prueba y Post Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica de Snaitth	170
Cuadro XXIII	Puntajes y nivel de ansiedad de las participantes en los grupos experimental y control en la Pre Prueba y Post – Prueba de la Escala de Ansiedad Clínica (CAS) de Snaitth	171
Cuadro XXIV	Resumen del nivel de ansiedad de las participantes en los grupos experimental y control en la Pre Prueba y Post Prueba de la Escala de Ansiedad Clínica (CAS) de Snaitth	172
Cuadro XXV	Asistencia a las Sesiones – Grupo Experimental	175
Cuadro XXVI	Cantidad de personas que asistieron por sesión	175

Indice de Gráficas

	Pág
Gráfica N 1 Edades de las Madres	147
Gráfica N 2 Edades de las madres por grupos	147
Gráfica N 3 Estado civil de las madres	148
Gráfica N 4 Nivel de escolaridad de las madres	148
Gráfica N 5 Nivel de escolaridad de las madres por grupos	149
Gráfica N 6 Cantidad de hijos(as) de la muestra general	150
Gráfica N 7 Cantidad de hijos(as) de las madres por grupos	150
Gráfica N 8 Edades de los hijos(as) con diagnóstico de TEA por sexo	151
Gráfica N 9 Porcentaje del sexo de los hijos(as) con diagnóstico de TEA de la muestra general	151
Gráfica N 10 Cantidad de hijos(as) con diagnóstico de TEA del grupo experimental segun sexo	152
Gráfica N 11 Edades de los hijos(as) con diagnóstico de TEA de las madres del grupo experimental	152
Gráfica N 12 Diagnósticos de los hijos(as) de las madres del grupo experimental segun sexo	153
Gráfica N 13 Diagnósticos de los hijos(as) de las madres del grupo control segun sexo	153
Gráfica N 14 Niveles de Ansiedad del Grupo Experimental en la Escala de Ansiedad Clínica (CAS) de Snarh	172
Gráfica N 15 Niveles de Ansiedad del Grupo Control en la Escala de Ansiedad Clínica (CAS) de Snarh	173
Gráfica N 16 Nivel de Ansiedad del Grupo Experimental y Grupo Control medidos en la Escala de Ansiedad Clínica de Snarh	174
Gráfica N 17 Asistencia a las sesiones	176
Gráfica N 18 Porcentaje de Asistencia a las Sesiones	176

I Introducción

Son muchos los padres y madres que han tenido que vivir el momento de recibir la noticia de que su hijo(a) presenta un diagnóstico de trastorno del espectro autista. Algunos llegan a sentirse confundidos, deprimidos, ansiosos y no saben cómo manejar todas esas emociones. Pueden llegar a surgir pensamientos negativos, múltiples preocupaciones que pueden generar estrés y producir síntomas ansiosos. Muchos enfocan su energía en realizar las acciones que sean necesarias para avanzar en el tratamiento de su hijo(a), descuidando su propia salud emocional y física.

Por esta razón, el objetivo principal de esta investigación es evaluar si la aplicación de la terapia cognitiva – conductual a madres de niños(as) con diagnóstico del espectro autista es efectiva.

Además, basada en la revisión bibliográfica, se detallará la información encontrada sobre las reacciones emocionales que manifiestan estos padres y madres que reciben la información de que su hijo(a) presenta este diagnóstico, y se destaca la importancia de que luego de ser informados del diagnóstico, puedan recibir apoyo para enfrentar adecuadamente la situación.

El contenido teórico se divide en cuatro capítulos. El primer capítulo abarca todas las generalidades de los trastornos del espectro autista: su historia, conceptualización, clasificación, características y etiología, para obtener un conocimiento detallado de lo que implica esta condición infantil. De esta forma, se podrá comprender mejor la situación que viven las madres al tener un hijo(a) con estas características.

Se continua en el segundo capítulo planteando qué ocurre en el momento en que los padres y las madres reciben el diagnóstico de su hijo(a) Se presentan las fases emocionales que pueden llegar a ocurrir ante la noticia las distintas reacciones sentimientos y pensamientos que se experimentan y además el impacto en el hogar y los miembros de la familia

En el tercer capítulo se encuentra detallada información sobre la ansiedad y sus características Y finalmente en el cuarto capítulo se describe la fundamentación teórica características objetivos planteamientos y técnicas que comprende la Terapia Cognitivo – Conductual para tener una clara comprensión de cómo debe ser su aplicación principalmente en los casos de ansiedad

Luego se presentan los aspectos metodológicos tomados en cuenta para el desarrollo del estudio Se detallarán los resultados y sus respectivos análisis los cuales permitieron establecer las conclusiones y recomendaciones finales

Esta investigación resalta la importancia que tiene la salud mental de aquellas madres que dedican su vida tiempo y esfuerzo dando lo mejor de sí para el progreso de sus hijos(as) diagnosticados con algún trastorno del espectro autista Se deseaba corroborar a través de este estudio experimental que una adecuada intervención psicológica les brindará la oportunidad de tener una mejor calidad de vida

II Resumen

La investigación consiste en llevar a cabo un estudio de tipo cuasi experimental diseño de pre prueba y post prueba con grupo experimental y grupo control que pretende analizar la efectividad de la aplicación de una psicoterapia cognitivo conductual de forma grupal como un tratamiento psicológico para reducir síntomas de ansiedad en madres de niños(as) entre 3 y 10 años que han sido diagnosticados con algún trastorno del espectro autista. La aplicación de la post prueba permitirá determinar de forma cuantitativa si las madres con síntomas de ansiedad del grupo experimental luego de recibir la psicoterapia cognitiva conductual grupal presentan una mayor reducción del índice de gravedad en comparación con aquellas madres con síntomas de ansiedad del grupo control que no recibieron dicha intervención. Al finalizar el estudio se determinarán las conclusiones.

Summary

This investigation consists in developing an cuasi experimental study pretest and posttest design with an experimental group and a control group that pretends to analyze the effectiveness of the application of the cognitive behavioral intervention as a psychological treatment to reduce anxiety symptoms in mothers of children between 3 and 10 years old that have been diagnosed with some autism disorder. The application of the posttest will allow to determinate in a quantity way if the mothers with anxiety symptoms of the expernmental group after receiving cognitive behavioral psychoterapy in a group form presents a bigger reduction of the gravity index in companing with those mothers with anxiety symptoms of the control group that didn t receive the intervention. At the end of study we will determinate the conclusions.

Capítulo I

Trastornos del Espectro Autista

III Contenido Teorico

Capitulo I Trastornos del Espectro Autista

1 Historia conceptual

Durante el transcurso del siglo XX varios teóricos hicieron aportes en la descripción de las características clínicas infantiles hoy conocidas como los trastornos generalizados del desarrollo o trastornos del espectro autista

Sin embargo algunos posibles casos se remontan a mucho antes En 1801 Jean Marc – Gaspard Itard un médico francés se hizo cargo de un muchacho de 12 años de edad que habia sido encontrado viviendo en el bosque Este joven fue conocido como Victor el niño salvaje de Aveyron Las conductas que presentaba fueron descritas por médicos psicólogos y profesionales del lenguaje como extrañas Por diversas razones en sus investigaciones fueron descartando la posibilidad de que por haber permanecido por mucho tiempo aislado de la sociedad esto hubiera afectado su desenvolvimiento general a nivel social de lenguaje y aprendizaje concluyendo que posiblemente la causa tenía su origen en aspectos psicológicos o médicos no conocidos Segun las anotaciones de Itard las características que presentaba el joven se asemejan a la descripción actual del autismo

En 1809 en Inglaterra John Haslam observó a un niño que fue ingresado al hospital a los 5 años con dificultades en el habla y conducta impulsiva y agresiva En 1919 Lightner Whitmer realizó observaciones y anotaciones

durante un largo período de tiempo sobre las conductas típicas de autismo en un niño (Lorna Wing 1996)

La palabra autismo proviene del vocablo griego autos o eafismos cuyo significado es encerrado en uno mismo. Fue usada por primera vez por el psiquiatra Eugen Bleuler en 1908 quien la designó para describir un conjunto de manifestaciones que se presentaban entre pacientes diagnosticados esquizofrénicos (Mariela Arce 2008)

Los autistas de Bleuler demostraban principalmente un ensimismamiento profundo, formas de pensar y de hablar ensoñadoras e imaginativas y un desapego de la realidad junto con la predominancia relativa y absoluta de la vida interior (Mariela Arce 2008)

En 1908 Theodore Heller, un especialista en educación especial, identificó por primera vez el trastorno desintegrativo infantil proponiendo el término de demencia infantiles dada su característica principal regresiva. Hasta hace pocos años fue reconocida (Carolina Campos Paredes 2007)

En las décadas del 30 y del 40 en el pabellón infantil del Hospital Hopkins en Estados Unidos, el psiquiatra Leo Kanner fue el pionero en la literatura de este trastorno infantil pues desarrolló una investigación con nueve niños y dos niñas de diferentes edades (Mariela Arce 2008)

Kanner encontró en los niños tres síntomas principales

Incapacidad para relacionarse con otros

Alteraciones en el lenguaje que variaban desde el mutismo total hasta la producción de relatos sin significado

Movimientos repetitivos y limitados sin una finalidad específica

Kanner definió el autismo como una innata alteración del contacto afectivo. Daba relevancia a los déficit interpersonales (aunque también incluyó los problemas lingüísticos y cognitivos en su descripción (Amparo Belloch 1995)

En 1944 Hans Asperger publicó en Austria un artículo sobre un grupo de niños y adolescentes con otro patrón de conducta conocido ahora como el síndrome de Asperger (Lorna Wing 1996). Por lo general las anomalías se observaban en los niños al iniciar la escolaridad encontrando características como

Una aproximación social a los demás ingenua e inadecuada

Intereses intensamente circunscritos a determinados temas

Buen vocabulario pero sus expresiones verbales se limitaban más a monólogos

Pobre coordinación motora

Falta de sentido común

Durante los años de 1950 y 1960 el psiquiatra austroamericano Bruno Bettelheim trabajó en una institución denominada la Escuela Ortogénica en la cual observó y trató un gran número de niños autistas describiendo su conducta como una retirada del mundo antes de que se desarrollara la humanidad. Describía el autismo como una partida sin retorno de la realidad y que para ellos el mundo carecía de sentido (Manela Arce 2008)

Michael Rutter junto con Lockyer (1965) aglutinan los síntomas hallados en estos niños en tres grandes áreas alteraciones de las relaciones sociales alteración de la adquisición y desarrollo del lenguaje y presencia de conductas rituales y estereotipadas (Amparo Belloch 1995)

El científico suizo Dr Andreas Rett en 1966 describió el síndrome de Rett como un trastorno neurológico que afectaba exclusivamente a las mujeres Sin embargo fue en 1980 1989 que se corroboró este síndrome con un artículo que escribió el Dr Bengt Hagberg y sus colaboradores relatando el cuadro clínico de esta condición (Carolina Campos Paredes 2007)

En 1970 Lorna Wing señaló que incluso en las personas autistas menos afectadas el problema parecía consistir en un tipo de dificultad para manejar símbolos afectando el lenguaje a la comunicación no verbal y a otros aspectos de la actividad cognitiva y social (María Arce 2008)

En 1977 la National Society for Autistic Children (NSAC) de Estados Unidos elaboró una definición tratando de llegar a un consenso interprofesional describiendo el autismo como un síndrome conductual cuyos rasgos esenciales implican alteraciones en el desarrollo respuestas a estímulos sensoriales el habla el lenguaje las capacidades cognitivas y las capacidades de relacionarse con personas sucesos y objetos (Amparo Belloch 1995)

Rutter en 1978 consideraba el autismo como un obstáculo lingüístico cognitivo o alteración del lenguaje que podía ir notándose en los primeros treinta meses de edad y que por lo tanto afectaba el área social (Manela Arce 2008) Plantea un origen orgánico cerebral que se observa como un síndrome conductual y presentando como sintoma primario alteraciones de lenguaje (Amparo Belloch 1995)

En los años 80 los etólogos Elisabeth y Nikolaas Tinbergen debatían acerca de la pertinencia del concepto de enfermedad en el caso del autismo Según sus estudios el autismo era la expresión de un conflicto interno y profundo con las motivaciones produciéndose retraimiento y ansiedad durante el crecimiento del niño Enfatizaba en la falta de contacto ocular Afirman que el trastorno puede generarse por múltiples causas como factores genéticos y del entorno y no presenta una condición estática sino que constituye un proceso que se desvía respecto de la norma (Amparo Belloch 1995 Manela Arce 2008)

Por otro lado en 1987 Rutter hace mención del síndrome de Rett describiéndolo como un trastorno de deterioro progresivo en las niñas asociado a una ausencia de expresión facial y de contacto interpersonal con movimientos estereotipados ataxia y pérdida intencional del uso de las manos (Carolina Campos Paredes 2007)

Rutter también plantea que el síndrome de Asperger requiere la manifestación de falta de empatía estilos de comunicación alterados

intereses intelectuales limitados y con frecuencia vinculación idiosincrática con los objetos (Carolina Campos Paredes 2007)

En cuanto al trastorno desintegrativo infantil Rutter 1987 señaló que el criterio esencial para el diagnóstico es la manifestación de una regresión profunda y una desintegración conductual tras 3 ó 4 años de aparente desarrollo normal. Se da un período prodrómico en donde se presenta irritabilidad inquietud ansiedad y una relativa hiperactividad período al que le sigue la pérdida del habla y del lenguaje de las habilidades sociales alteración de las relaciones personales pérdida de interés por los objetos e instauración de estereotipias y manierismos. Está asociada a alteraciones neurológicas como la lipoidosis o la leucodistrofia (Amparo Belloch 1995)

Cada teórico Kanner Asperger Rett Heller Rutter etc realizando estudios y observaciones de sus casos encontraron como denominador común un desarrollo de patrón errático y constelación sintomática relacionada con el autismo (Carolina Campos Paredes 2007)

En los años 70 y 80 con la aparición de nuevas técnicas de exploración neurológica neuropsicológica neurofisiológica etc se da un espectacular avance en el conocimiento del autismo sin embargo aun hay mucho por conocer y determinar (Amparo Belloch 1995)

Tratando de integrar tanto los factores cognitivos como socioafectivos en el DSM III (APA 1980) se consideró el autismo como un trastorno generalizado del desarrollo con la finalidad teórica de alejarlo definitivamente de las psicosis. De ese consenso se hicieron las diferentes clasificaciones

nosológicas (CIE 10 1992 DSM IV 1994) estableciendo como rasgos primarios tanto los factores socioafectivos como los cognitivos y conductuales intentando recoger de esa forma las diferentes concepciones que se tenían del autismo hasta el momento (Amparo Belloch 1995)

Los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) conforman un sistema heterogéneo el cual está basado en procesos neurobiológicos que dan origen a déficits en múltiples áreas funcionales llevando al niño(a) a una alteración difusa y generalizada en su desarrollo. La consecuencia es un retraso y una desviación de los patrones evolutivos normales que afectan básicamente la interacción social, la comunicación y la conducta; no obstante, existe un gran abanico en la sintomatología entre los pacientes dado que el nivel de funcionamiento intelectual puede variar desde el retraso mental profundo a una inteligencia normal o incluso alta en algunas áreas (Manela Arce 2008).

Manela Arce 2008 en su libro *Autismo: qué hacer con los TGD* plantea dos definiciones de autismo, las cuales se presentan a continuación:

Según la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV) los criterios diagnósticos del trastorno autista se basan en la identificación de distorsiones del desarrollo en múltiples áreas psicológicas básicas, como la atención y la percepción, que intervienen en el desarrollo de las capacidades sociales y del lenguaje. El diagnóstico requiere la presencia de alteraciones cualitativas en la interacción y en la comunicación social.

Incluye tres grandes categorías:

Relaciones sociales recíprocas anormales

Alteraciones de la comunicación y del juego imaginativo

Limitación de la gama de actividades e intereses (estereotipias)

Por otro lado la Sociedad de Autismo de América / Autism Society of America (ASA) señala que el autismo es un trastorno complejo que impacta en el desarrollo normal del cerebro en áreas relacionadas con la interacción social y con las habilidades comunicativas y que típicamente aparece durante los tres primeros años de vida por lo cual se le denomina una discapacidad del desarrollo. Plantea que es resultado de un trastorno neurológico que afecta el funcionamiento del cerebro y sus comportamientos asociados. El autismo no conoce las fronteras raciales étnicas y sociales. El ingreso económico, el modo de vida y los niveles educativos de la familia no afectan la posibilidad de que estos casos ocurran o no.

M. Gracia Milla, directora del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT APADIS) y F. C. Mulas plantean en la Revista Neurológica 2009 en el artículo "Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista" la siguiente definición:

El autismo es un trastorno del desarrollo complejo que afecta a las habilidades y competencias cognitivas, emocionales y sociales, con etiología múltiple y de variada gravedad.

Milla y Mulas 2009 señalan que las características destacadas del comportamiento autístico incluyen deficiencias cualitativas en la interacción social y en la comunicación comportamiento con patrones repetitivos y estereotipados y un repertorio restrictivo de intereses y actividades

Consideran que debido a la heterogeneidad de la población infantil con autismo y la variabilidad en el grado de habilidades sociales de comunicación y de patrones de comportamiento es más apropiado el uso de la denominación de trastorno del espectro autista

2 Características Generales de los Trastornos del Espectro Autista (TEA)

Los niños autistas presentan problemas en su conducta social siendo quizás uno de los rasgos más conocidos no solo en la comunidad científica sino también entre la sociedad Otra de las características esenciales del autismo es la preocupación que tiene el niño por preservar la invariabilidad del medio Estos niños muestran con frecuencia una hipersensibilidad al cambio Manifiestan una gran resistencia a los cambios ambientales o a las modificaciones de sus pautas habituales (Amparo Belloch 1995)

Belloch (1995) señala que un alto porcentaje de niños con autismo (aprox 28 – 60 %) no logra la adquisición del lenguaje expresivo y los que lo logran pueden usar patrones lingüísticos cualitativamente diferentes a la norma Algunas alteraciones de lenguaje frecuentes pueden ser inversión pronominal y/o ecolalia

Otra característica planteada por Belloch (1995) hace referencia a los restrictivos patrones de conducta repetitivos y estereotipados. En algunos casos se pueden presentar conductas autolesivas como parte de las alteraciones motoras.

Según Belloch (1995) también se observan déficits en los procesos atencionales, sensoriales, perceptivos, intelectuales, etc. Las personas con autismo procesan la información de forma cualitativamente diferente a los sujetos que no tienen autismo. En algunos otros casos se mantiene una extraordinaria capacidad intelectual.

En la mayoría de las ocasiones existe una respuesta anormal a la estimulación sensorial, la cual pudiera darse posiblemente debido a que sus procesos atencionales son cualitativamente diferentes del resto de los sujetos (y no a una alteración específica de los procesos perceptivos) (Belloch 1995).

Según el planteamiento de Barbara T. Doyle, Emily Doyle y Iland (2005) en su libro *Los trastornos del espectro del autismo*, los TEA no son ni una enfermedad mental ni psiquiátrica. Es un trastorno médico o del desarrollo que involucra los aspectos físicos o químicos del cerebro.

Hacen mención también de la Definición Federal del autismo descrita en el Código Legal de los Estados Unidos, la Ley Educacional de Individuos con Discapacidades (IDEA), la cual dice: A un niño se lo clasifica como autista cuando tiene una discapacidad del desarrollo que afecta significativamente la

comunicación verbal y no verbal y la interacción social. Eso generalmente es evidente antes de los tres años de edad y afecta adversamente la actuación educativa. El Código Federal de Regulaciones (Code of Federal Regulations)

Doyle y Doyle (2005) expresan que para el diagnóstico de los TEA se consideran el desarrollo, la manera de aprender, el comportamiento y la forma de la comunicación de la persona. Los criterios diagnósticos que se aplican a los TEA se hallan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, comúnmente llamado el DSM IV – R.

Características que se pueden observar en los(as) niños(as) con TEA
(Doyle y Doyle 2005)

Intereses muy enfocados o inusuales

Soledad jugar solo en forma continuada (aparte de los demás) o pasivamente al lado de otros en vez de conectarse activamente con ellos

Hacer eco del idioma o de líneas repetitivas de televisión – como los anuncios publicitarios, los videos, etc.

Movimientos inusuales repetitivos del cuerpo y/o las manos

Reacciones inusuales con las personas y los acontecimientos de su vida

Demora en el desarrollo de habilidades físicas

Deseo o necesidad de igualdad repetitiva en la vida todos los días

Relaciones sociales unilaterales o inocentes para su edad

Falta de coordinación

Problemas motrices (del movimiento físico) como dificultad en iniciar una acción o detener una acción o actividad después de comenzarla

Dificultad en enfocar la atención cuando es debido

Problemas con transiciones es decir cambiar de una actividad a otra o desde un lugar hacia otro

Aparente falta de interés en conocer a otros

Dificultad en enfrentar los cambios inesperados (o algunas veces esperados) en la rutina usual

Ser muy particular en comer no disfrutar muchas variedades diferentes de comidas

Dificultad de desenganchar la atención de una cosa a otra

Dificultad en enfocar la atención en cosas a menos que sea un área de interés particular o temas enfocados intensamente

Dificultad en ajustarse a las situaciones o a las personas nuevas

Dificultad en hacer y conservar amigos en saber cómo jugar qué decir y qué no decir en cómo asociarse en una actividad en grupo etc

Por otro lado las autoras plantean que hay cinco rangos diferentes a considerar al examinar los TEA

La habilidad cognoscitiva o la inteligencia El individuo puede tener retraso mental inteligencia normal o inteligencia superior

La severidad de los efectos Las características del autismo pueden afectar al individuo en una forma más o menos severa

La habilidad en comunicarse El individuo puede o no puede hablar puede parecer tener habilidades de comunicación muy limitadas puede

comunicar en lo que parece una forma casi típica puede parecer que habla demasiado o sólo puede usar el idioma para cumplir sus necesidades

La edad y la experiencia La edad del individuo y las experiencias en aprender que ha tenido el individuo afectan el desempeño y como se ven las características o las señales en la persona

Las características de inteligencia en cada individuo con este diagnóstico influyen para que se manifieste de una forma única la severidad de los efectos del autismo la habilidad para comunicarse y la edad Como consecuencia cada uno necesitará un conjunto único de soportes y servicios (Doyle y Doyle 2005)

Otros factores como la personalidad los asuntos familiares el ambiente social y las características físicas y médicas también contribuyen a la individualidad de personas con TEA Y finalmente los soportes educativos efectivos o la falta de ellos también contribuyen al progreso de la persona y la identidad única de cada persona con TEA (Doyle y Doyle 2005)

3 Incidencia y Etiología de los trastornos del espectro autista

El desarrollo científico sobre el autismo está plagado de multitud de problemas polémicas y controversias lo cual repercute en la información epidemiológica Sin embargo se cuenta con ciertos datos estadísticos En 1966 Lotter halló 4.5 por 10 000 niños Rivière 1993 2 a 4 niños por 10 000 niños en la población de 8 a 10 años (Amparo Belloch 1995)

Existen diversas posturas que describen la incidencia de trastornos del espectro autista como una epidemia como lo planteó el ingeniero mexicano Guillermo Vela en su exposición en el II Simposio de Autismo y Patologías Afines desarrollado en la Universidad de Panamá en octubre de 2008 lo cual también fue recalcado por los demás expositores

Actualmente el Ing Vela está tratando de desarrollar un censo para presentar estadísticas más precisas de la cantidad de casos de autismo que existen en México Manifestó que cifras muy recientes indican que de cada 150 niños nacidos uno sufre de algún grado de autismo La mayoría de las estimaciones que incluyen a personas con desórdenes similares son de dos a tres veces más altos El autismo ataca a los varones cuatro veces más a menudo que a las niñas y ha sido encontrado a través de todo el mundo en personas de todas las razas y niveles sociales

En general la ocurrencia en la frecuencia de los trastornos del espectro autista sugiere que éstos han llegado a encontrarse incluidos dentro de la categoría de padecimientos endémicos (Carolina Campos Paredes 2007) En 1998 los Centros para Controlar las Enfermedades (Centers for Disease Control CDC) empezaron la vigilancia para medir el predominio de autismo y enterarse de cuántas personas tienen autismo

El número de individuos diagnosticados y reportados con TEA aumentan a todo lo largo de los Estados Unidos y en otros países (Doyle y Doyle 2005) Carolina Campos Paredes (2007) señala que de 1987 a 1998 los casos de niños atendidos por autismo en el estado de California se incrementó al

273% y en toda ese país del decenio de 1991 – 1997 el incremento fue de 556% (Stokstad E 2001) En Nueva Jersey la incidencia ha llegado a 1 en 150 (London E 2000) en este estado hay un presupuesto de más de \$1 billón dedicado a ayudar a las familias que tienen un hijo con autismo

Se estima que cerca de 1 500 000 personas en Estados Unidos sufren de alguna forma de autismo Esta tasa de incidencia lo ubica como la tercera incapacidad más comun de desarrollo (más comun que el síndrome de Down) (Manela Arce 2008) Doyle y Doyle (2005) mencionan que otros estudios epidemiológicos reflejan que en el año 2000 el autismo ocurría en 1 de cada 500 nacimientos en el 2005 1 en cada 166 siendo 4 de cada 5 varones los que son diagnosticados con esta condición

Los aumentos significativos están siendo investigados segun Doyle y Doyle (2005) tomando en cuenta la influencia de este incremento por posibles factores como los siguientes

Cambios en los criterios diagnósticos segun las revisiones de los manuales de diagnóstico DSM – IV TR y CIE 10 Igualmente el mayor conocimiento sobre las características de los diferentes trastornos del espectro autista

Mejor identificación y más referencias por especialistas pediatras o fonoaudiólogos Puede estar relacionado con la tendencia actual de diagnosticar a niños a una edad temprana

Más conciencia publica para ayudar a ambos padres y maestros a reconocer las señales o signos de los trastornos del espectro autista y buscar el diagnóstico y el tratamiento adecuado

Los factores ambientales en áreas geográficas específicas

Muchos profesionales que estudian la incidencia de TEA manifiestan que esos factores no son suficientes para explicar completamente por qué el número de casos nuevos continua aumentando alzando (Doyle y Doyle 2005) Las comunidades las escuelas y los sistemas de salud día con día afrontan el reto de crear educar y manejar el desmedido incremento de personas con un trastorno del espectro autista (Carolina Campos Paredes 2007) De esta forma se requiere de una mayor conciencia pública y apoyo para financiar más investigaciones en este campo (Doyle y Doyle 2005)

Las teorías explicativas que intentan describir las causas de los trastornos del espectro autista se pueden agrupar en dos grandes áreas El primer grupo de hipótesis hace referencia a los factores genéticos y cromosómicos y a las variables neurobiológicas y el segundo integra las hipótesis que enfatizan los aspectos psicológicos (afectivos cognitivos sociales) que subyacen al comportamiento autista Estos dos grupos de hipótesis no son incompatibles entre sí El planteamiento de las hipótesis biológicas no conlleva el rechazo o negación de las otras Los intentos explicativos deben buscar integrar y complementar los análisis de cada postura en la búsqueda de un mayor avance interdisciplinar (Amparo Belloch 1995)

María Arce (2008) señala en relación con los riesgos prenatales y perinatales se pueden mencionar los siguientes

Prenatales rubeola alimentación drogas traumatismos etc

Perinatales fórceps anoxia inducción encefalitis meningitis

Carolina Campos Paredes (2007) expresa que algunas otras causas contempladas para la aparición o incremento de los trastornos del espectro autista (Baker y Kunnin 2000 Rimland 2005) pero que no han sido confirmadas científicamente son

Incremento en el uso de antibióticos

Exposición de mercurio a través de la vacunación en la infancia

Aumento en la combinación de vacunas virales vivas con el numero de vacunas

El gran agotamiento de los recursos del suelo lo que lleva a un marcado déficit de vitaminas y minerales

Incremento en la exposición a toxinas xenobióticas

Aun se continuan investigando las posibles etiologías de los trastornos del espectro autista y también sobre la efectividad de los tratamientos. Lo importante es que se ha convertido en un reto para la comunidad científica la cual está tratando de realizar proyectos a nivel internacional para encontrar más respuestas (Campos Paredes 2007)

Capítulo II

Los Trastornos del Espectro Autista y el Impacto en las Familias

Capítulo II Los Trastornos del Espectro Autista y el Impacto en las Familias

1 Generalidades sobre el proceso de evaluación diagnóstico y reacciones emocionales

El proceso de evaluación puede estar lleno de tensión. A menudo, cuando llegan las evaluaciones, las familias están en crisis por la seriedad de los problemas en el grupo familiar, la escuela, el trabajo o en la comunidad. La persona con un trastorno del espectro autista (TEA) puede sentirse ansiosa en general y puede estar aun más estresada siendo evaluada por los cambios de las rutinas normales o por tener que hablar con personas poco familiares en lugares desconocidos (Doyle y Doyle 2005).

El proceso de evaluación puede ser muy emocional para la familia, así como también para el niño o el adulto que va a ser evaluado. Los padres pueden experimentar un sentido de pérdida, sacudida o miedo. Muchos tienen dificultad en aceptar que un TEA podría ser el problema y pueden sentirse abrumados al afrontar y nombrar las áreas de déficit de su niño. Es natural necesitar tiempo para entenderlo, igual que es natural sentirse renuente a mirar a los hechos. Algunos padres cuentan de sus preocupaciones acerca de la privacidad, el asunto de designaciones y otros temores. Se suma a esto el hecho de que los hermanos y otros miembros familiares pueden sentirse culpables, enojados, avergonzados, abrumados o aislados del proceso.

enteramente Todo esto hace entender por qué las familias se sienten ansiosas (Doyle y Doyle 2005)

La cantidad de tiempo que se requiere para completar las valoraciones puede ser otra tensión en la familia Muchas semanas y meses pueden pasar desde el tiempo que los problemas empezaron hasta que la necesidad para hacer que la evaluación quedara demostrada antes de que las reuniones fueran completadas y los servicios comiencen

Doyle y Doyle (2005) plantean que los padres pueden tener sentimientos de cólera y resentimiento hacia los maestros de la escuela u otro personal por no haber notado signos a tiempo o al contrario si se les sugiere que algunos problemas específicos existen y es necesario una evaluación

Los padres pueden preocuparse por compartir información privada y los datos personales acerca de su vida familiar con gente desconocida Al principio los padres pueden sentirse renuentes a compartir información en reuniones con muchos colaboradores Puede faltar la confianza a medida que conozcan mejor a los profesionales (Doyle y Doyle 2005)

Doyle y Doyle (2005) señalan que se requiere de mucha empatía con los padres debido a que todo el proceso para ellos puede ser nuevo confuso y atemorizante La idea óptima es que exista una comunicación positiva entre ambas partes y trabajar en equipo para el bienestar del niño(a)

Otro asunto que ocurre con los padres es que ante la incertidumbre del diagnóstico de su hijo(a) comienzan a hacer investigaciones profundas sobre autismo dedican meses de estudio revisando materiales libros internet para encontrar un perfil diagnóstico que describa la condición de su hijo(a) (Doyle y Doyle 2005)

Reaccionando al Diagnóstico

Carolina Campos Paredes (2007) en su libro Trastornos del Espectro Autista hace referencia a un artículo de The National Society for Children and Adults with Autism [INSAC] (1982) en donde explican que hace muchos años cuando aun no se tenía conocimiento preciso de los trastornos del espectro autista y no se habían definido los criterios diagnósticos los profesionales o médicos determinaban diagnósticos de acuerdo al poco conocimiento que manejaban en ese entonces Los padres se encontraban muy confundidos desconcertados y preocupados ante la condición de su hijo(a) y la respuesta profesional sobre la situación no era del todo clara

Actualmente al tener unos parámetros más definidos sobre las características de los trastornos del espectro autista se cuenta con más información para brindar una mayor orientación a los padres Sin embargo el proceso de evaluación y diagnóstico no es nada fácil (Lorna Wing 1996) Recibir un diagnóstico de autismo de un hijo(a) puede ser traumático algo que los padres jamás hubieran esperado ni estaban preparados para recibir La noticia puede paralizarlos confundirlos o provocar un estado de incredulidad Al nacer los padres se alegran por el nuevo bebé y no hay ninguna indicación de que algo esté mal A medida que el (la) niño(a) crece y

se desarrolla se parece a todos los(as) otros niños(as) Es lo que dice o no dice y lo que hace o no hace lo que refleja las primeras señales de una diferencia que alarma (Doyle y Doyle 2005)

Cada padre va notando las diferencias de su niño(a) y comienza a preocuparse a vanos niveles Algunos no se preocupan tanto y para otros es muy angustioso Muchos padres no hacen nada porque piensan o son informados que lo que están observando pudiera ser normal y que pronto logrará lo esperado según la etapa de desarrollo Algunos padres son referidos para una evaluación y diagnóstico sin ninguna idea de cuál podría ser el problema Aun si los padres tuvieran algún indicio o idea de cuál es el problema que está causando las dificultades del niño(a) no es suficiente para estar preparado y escuchar el diagnóstico

Doyle y Doyle 2005) manifiestan que darse cuenta de que un hijo(a) tiene TEA puede ser difícil y angustioso La reacción inicial puede ser de incredulidad Sienten que no saben de qué se trata el autismo y temen a lo desconocido y cómo será el futuro

Manela Arce Guerzchberg 2008 hace una descripción del impacto que tiene para una madre el diagnóstico de alguna discapacidad o condición especial de un hijo(a) citando a Conat y Jrusalinsky 1984

Ninguna madre está preparada para recibir a un niño con problemas La presencia de ese niño fractura la imagen inicial que ella tiene de un niño Esto produce un trastocamiento de todos los significados que le había otorgado

Se rompe la posibilidad de codificar lo que el niño hace en términos del lenguaje de la madre

La madre empieza a estar muy desorientada además de que está cargada con el duelo por el niño que quería tener y que no tuvo. Además está profundamente desorientada porque este niño es diferente.

M. Gracia Milla y F. C. Mulas (2009) plantean que el diagnóstico de TEA supone el inicio por parte de la familia de un proceso de asimilación de una nueva y compleja realidad. Tener un(a) niño(a) con este trastorno produce una ruptura de las expectativas que se habían creado en torno al hecho de tener un hijo(a). Al shock emocional inicial de los padres siguen sentimientos de confusión y fracaso personal. Les resulta muy difícil entender la nueva situación y precisan informaciones claras y concisas para comenzar a adaptarse a ella, aceptarla y aprender a convivir con las dificultades que genera tener un(a) hijo(a) con TEA.

Los psicólogos reconocen las etapas de reacción que causa un diagnóstico muy parecidas a un trauma emocional. Muchos padres experimentan un rango de emociones durante la etapa de entender y aceptar que su niño tiene TEA. Algunas veces esto es llamado el período de aflicción y podría considerarse como el período de hacer frente (Doyle y Doyle 2005).

Los padres al recibir el diagnóstico pueden presentar tristeza por experimentar un sentido de pérdida e impotencia al no poder tener control de la situación. Sentirse preocupados o impotentes para hacer frente puede

causar sentimientos de depresión. Algunos padres sienten que algo malo ha ocurrido en la vida de su niño y la de ellos (Doyle y Doyle 2005)

Muchos padres expresan la necesidad de tener un período de aflicción después de recibir el diagnóstico. Algunas personas explican que recibir el diagnóstico es como experimentar la muerte del niño que nunca será o un sentimiento de pérdida de lo que pudo haber sido (Doyle y Doyle 2005)

Doyle y Doyle (2005) sugieren que las etapas de aflicción pueden ser identificadas como rechazo, incredulidad, impotencia, culpabilidad, cólera y finalmente aceptación. Una variedad de emociones puede sentirse en cualquier orden o al mismo tiempo. Los padres pueden necesitar un tiempo largo o un tiempo corto para atravesar el proceso que los llevará a la aceptación.

La intensidad de emociones puede ser diferente para cada padre. Cada persona resolverá sus pensamientos y emociones a su propio paso. Como es un proceso que viven individualmente, esto puede complicar la comunicación y la comprensión entre una pareja. Si surgen conflictos, se recomienda el tomar en cuenta que la pareja experimenta emociones diferentes a las personales y se pueda tener la libertad de expresar las emociones el uno al otro, comprendiendo en la etapa en la que se encuentran (Doyle y Doyle 2005).

También el tener información diferente sobre el TEA puede afectar en cómo cada persona responde al diagnóstico y al entendimiento mutuo. Las circunstancias personales y otros asuntos que estén enfrentando pueden

afectar el proceso de reacción comprensión y aceptación del diagnóstico
 Otros factores que influyen en ese proceso son la personalidad y el estilo de afrontamiento que tengan el padre y la madre

Doyle y Doyle (2005) transmiten algunos pensamientos que las familias han compartido después del diagnóstico las preguntas que se hicieron y las muchas emociones que sintieron como se describen a continuación

➤ *Rechazo*

No puede ser cierto

Éste debe ser un error

¿Cómo pudo ocurrir esto?

No yo no mi niño

Tal vez cuando me despierte mañana se habrá ido

Doctor usted está equivocado

¡No el autismo!

No lo creo

Siento como que estoy en un sueño

Estas personas realmente no conocen a mi niño

➤ *Sentimientos de culpabilidad reproche y vergüenza*

¿Por qué yo?

¿Por qué mi niño?

¿Qué hice para merecer esto?

He debido haber hecho algo malo

¿Quién tiene la culpa?

¿Tengo yo la culpa?

Esto es toda mi culpa

Esto es la culpa de _____

Debería haber sabido antes

¿Por qué no hice algo antes?

¿Por qué no nos ayudó alguien / o nos dijo algo antes?

¿Es acaso castigo de Dios?

Apuesto que este es un trastorno heredado de la familia de él / ella o de mi familia

¿Qué pensarán otras personas de esto?

¿Qué dirán los vecinos?

Las personas pensarán que hice algo malo

Las investigaciones demuestran que no hay prueba o razón para culpar a los padres por el TEA de su hijo(a). El comportamiento de los padres no causa autismo.

La culpabilidad y reprocharse a sí mismo puede ser una pérdida de energía mental, siendo dañino y destructivo. Los padres que se culpan a sí mismos son menos capaces de hacer lo que el niño(a) necesita. Pueden ser menos capaces de aprender y lograr lo que quieren y necesitan hacer. Los padres no deben ser juzgados o culpados por otros.

Sería positivo que los padres contaran con apoyo psicológico y social para preservar y proteger su salud mental y canalizar sus esfuerzos en las áreas más productivas.

➤ *La cólera y el resentimiento*

Esto no es justo

Este es un niño inocente

No pedí esta carga

Mi vida sería tan simple si no tuviese que tratar con esto

Estoy atrapado en este problema

Durante todo este tiempo las personas no lo percibieron y ahora miren
donde estamos

¿Cómo es que el pediatra no pudo darse cuenta de esto?

No me diga que algo está mal con mi niño

Te dije que algo malo sucedería si tu _____

➤ *El miedo la ansiedad y la preocupación*

No estoy seguro de poder hacerle frente

Me siento solo con esta responsabilidad

¿Cómo será el futuro?

¿Qué es el autismo?

¿Qué le ocurrirá a mi niño?

¿Cómo será su vida?

¿Cómo será mi vida?

¿Cómo afectará esto a nuestra familia?

¿Qué necesitamos hacer para tratar con esto?

¿Cómo encontraré ayuda para mi niño y para mí?

¿Qué ocurrirá cuando yo ya no esté?

¿Cómo podrá ella tener ahora una vida adecuada?

➤ *Los sentimientos de sentirse abrumado e impotente*

Esto es demasiado

No le puedo hacer frente a esto

Esto es un desastre

Las cosas están fuera de control

No sé qué hacer

Seré responsable de mi niño con autismo por el resto de mi vida

No puedo afrontar el autismo

También el modelo de crisis desarrollado por diversos autores puede ser útil para comprender mejor lo que ocurre en estas familias. El hecho de tener un(a) hijo(a) con diagnóstico de TEA equivaldría a cualquier otro hecho que por sus importantes repercusiones puede provocar una crisis (como la pérdida de un ser querido) entonces se considera que la familia pasa por una serie de fases a partir del diagnóstico que son *inmovilización minimización depresión aceptación de la realidad autointegración búsqueda de significado e internalización* (Manela Arce 2008)

Para comprender mejor a los padres es interesante evaluar en cuál de estas fases se encuentran. También habrá que tomar en cuenta que probablemente no todos los integrantes del sistema se encuentren en una misma fase con el consiguiente desequilibrio que eso puede conllevar (Manela Arce 2008)

Riviere (2001) menciona algunos factores causantes de los desequilibrios familiares. Los padres suelen tener un hijo(a) aparentemente normal pero

progresivamente comienzan a descubrir en el(la) niño(a) el desarrollo de síntomas como conductas extrañas y una soledad que no pueden comprender sintiendo que fracasan en sus relaciones y en su modo de interactuar con su hijo(a). Surge entonces un sentimiento de culpa mezclado con frustración, pérdida de autoestima, estrés y ansiedad (Manela Arce 2008).

Seguidamente aparece la dificultad de encontrar ayuda profesional y de enfrentarse a un diagnóstico que a menudo tarda meses en clasificarse. Los sentimientos de estrés se han relacionado principalmente con la dificultad para comprender lo que le sucede al niño, el sentimiento de culpa, la fuerte dependencia mutua que surge entre el/la niño(a) y sus padres, la dificultad para afrontar los problemas de conducta y el aislamiento, la falta de profesionales expertos, la limitación de oportunidades de vida y de relación que surgen ante la necesidad constante de atender al hijo, sobre todo al principio (Manela Arce 2008).

Por otro lado, según Doyle y Doyle (2005), algunos padres reportan que al recibir el diagnóstico que parece realmente acertado con respecto a las características y comportamientos que han visto, puede ser un gran alivio finalmente poder identificar y entender qué ocurre con el niño(a). Esto se da sobre todo en aquellos casos en donde se han dado varios diagnósticos que no podían explicar la condición del niño(a). Un diagnóstico acertado puede ser positivo pues ayuda a entender e identificar con mayor claridad las necesidades y posibilidades del niño(a). Algunas ideas positivas que surgen pudieran ser:

➤ *Una fuente de esperanza y dirección*

¡Alguien sabe qué hacer con esto!

Hemos estado viviendo con algo por años. Ahora tiene un nombre.

Usted piensa que está solo hasta que se da cuenta de lo contrario.

No estoy solo, no estamos solos.

Otras personas entienden por lo que yo estoy pasando.

Hay otros niños como mi hijo.

Mi hijo(a) puede tener una vida adecuada.

➤ *Validando los sentimientos de los padres y entendimiento del problema*

¡Finalmente alguien me cree!

Un experto en quien confíe me escuchó.

Alguien que sabe entendió lo que trataba de explicar.

Estaba en lo correcto acerca de mi niña.

Mi persistencia valió la pena.

Ahora podemos seguir adelante para obtener algún apoyo y progresar.

Siento alivio al saber que yo no causé el trastorno y que no soy culpable.

No estoy loca. Esto no estaba solamente en mi cabeza.

Las personas pueden dejar de culpar a mi hijo(a) por lo que él no puede hacer.

Las personas pueden dejar de culparme o culparnos.

2 Impacto en el hogar

Tener a un niño con TEA afecta a la familia entera. Todas las familias tienen una variedad de situaciones y dificultades, y a aquellas con un miembro con autismo se les añaden una mayor tensión y ansiedad. La relación entre parejas, padres a hijos, y entre hermanos puede ser seriamente difícil debido a las demandas de cumplir con las necesidades de la persona con autismo. El proceso de obtener un diagnóstico, entender el diagnóstico y contar con el apoyo y servicios apropiados pueden ser muy estresantes. Las familias afrontan problemas prácticos, emocionales y comportamientos que pueden dejarlos sintiéndose en crisis la mayor parte del tiempo (Doyle y Doyle 2005).

Algunas familias tratan de encargarse de todas las necesidades de la persona con TEA sin ninguna ayuda. En algunas culturas, a los padres se les ocurre esconder al niño con la discapacidad o pretender que nada está mal. En otras, son culpados por los problemas del niño(a). Ha ocurrido también con ciertos casos que una sola persona (generalmente la madre) se encarga de la mayor responsabilidad por el cuidado completo, el entrenamiento, la supervisión y el apoyo del niño con la discapacidad (Doyle y Doyle 2005).

Manela Arce (2008) expresa que no todas las familias responden de la misma manera ante la situación de que uno de sus miembros tenga un diagnóstico de TEA. Aunque tales circunstancias suelen acompañarse de cierto grado de estrés, esto es variable de una familia a otra, según el momento del ciclo vital en que se encuentre, no tiene por qué cronificarse, dado que la forma y el grado en que se afronta puede depender de múltiples

factores que pueden variar y sobre los que se puede trabajar para minimizar ese nivel de estrés

La presencia de un(a) niño(a) que permanece aislado carece de lenguaje y en general de comunicación con comportamientos obsesivos y rituales sin significado para el que lo observa a veces con autoagresiones sin conciencia de peligro hace que la situación familiar sea complicada y que a menudo toda la familia gire en torno al problema afectando a los hermanos y a las relaciones de pareja

Arce (2008) manifiesta también que frecuentemente surgen sentimientos de culpabilidad ambigüedad impotencia e incertidumbre que dificultan aun más la situación

La comunicación en el sistema familiar se puede tornar vulnerable por la necesidad de ocultar el dolor la incertidumbre la rabia y las preocupaciones con el fin de mantener la homeostasis familiar Para la familia la enfermedad de uno de sus miembros es un momento de crisis ya que se pierde el equilibrio dentro del sistema familiar por ejemplo a causa del cambio generado en las actividades familiares cotidianas en pro de adaptarse a nuevas condiciones de vida (Manela Arce 2008)

Padres o Parejas

Pueden existir algunos sentimientos intensos e inesperados al criar a un(a) niño(a) con TEA como tensión y sufrimiento personal que pueden afectar la capacidad de afrontamiento ante las demandas de cada día Pueden

necesitar ayuda psicológica para reconocer sus sentimientos encontrar esperanza y desarrollar habilidades de afrontamiento ante la situación (Doyle y Doyle 2005)

Ambos padres tienen que tomar muchas decisiones para los cuales no se sienten preparados o calificados. Al buscar información y servicios se enfrentan al hecho de tener que conversar y ponerse de acuerdo en temas que son emocionalmente fuertes y poco familiares. Si en la vida cotidiana los pequeños problemas en el matrimonio fueron camuflados, estos problemas serán aparentes cuando los padres tengan que hacer frente, aprender, decidir e interactuar rápidamente a favor de su niño(o).

Cada uno puede tener una serie de pensamientos conscientes e inconscientes que afectan la relación de pareja. Quizás uno de los padres permanece en negación y el otro se frustra al no sentir el apoyo o cuando uno de ellos cree que el otro hizo algo que afectó el avance del niño(a), buscar la culpa del otro lado de la familia o de la propia, etc.

Las parejas necesitan estar en común acuerdo y tener una relación unida y apoyarse el uno al otro. Necesitan unirse en su comprensión de TEA, el enfoque para el miembro de la familia con autismo y para el resto de la familia, y lo primordial es que puedan contar con el respaldo, consejo y apoyo de otras personas y profesionales.

Los(as) hermanos(as)

El ambiente familiar de tensión también influye en los hermanos de niños(as) con TEA, ya que de alguna forma los padres por el proceso vivido

llegan a enfocar su atención en las necesidades de su hijo(a) con TEA y los hermanos(as) pueden tener una serie de reacciones emocionales ante esta situación ya sea que los lleve a presentar problemas de conducta para llamar la atención o que reprima sus necesidades y sentimientos para salvar a los padres de cualquier dolor o carga adicional. En cualquiera de los casos los padres deben identificar esas manifestaciones conductuales y emocionales en sus hijos(as) y buscar ayuda para entenderlos y apoyarlo (Doyle y Doyle 2005). Al paso del tiempo los hermanos pueden ser la mejor fuente de apoyo de toda la vida para el niño con autismo. Llegan a tener un alto nivel de comprensión, compasión y una experiencia valiosa.

Los padres pueden ayudar a sus hijos(as) permitiéndoles expresar con libertad sus sentimientos, que hagan preguntas y respondiendo a sus inquietudes. El compartir las ideas e información ayuda a las familias a reconocer e incluir las necesidades de cada uno de sus miembros (Doyle y Doyle 2005).

3 Proceso de Aceptación del diagnóstico e Intervención con la Familia

Obtener un diagnóstico no cambia la realidad; puede ser igual el día antes como el día después, pero sí da un nombre y una explicación a las experiencias y una idea de qué poder hacer. Puede darse la reacción de shock inicial por no saber por dónde empezar. Pero luego se dan los primeros pasos para enfocarse en metas claras y un plan de tratamiento para el niño(a). La esperanza muchas veces los conducirá a la acción (Doyle y Doyle 2005).

A pesar de que los padres pueden llegar a aceptar que su niño(a) tiene un TEA por lo general sí esperan con ilusión cosas que posiblemente no ocurrirán. Es un proceso en donde tratan de adaptarse y hacer frente lo mejor que puedan. Se espera que los momentos tristes sean balanceados con el progreso y las posibilidades para la vida de su niño (Doyle y Doyle 2005).

Después de experimentar sentimientos de incredulidad, cólera, culpa, vergüenza, miedo y tristeza, los padres pueden llegar a entender y aceptar la situación. La motivación para seguir adelante es el amor por su hijo(a). Los sentimientos de aceptación ayudan a los padres a encontrar la fuerza, el valor y la energía para ayudar a su niño(a) (Doyle y Doyle 2005).

Es muy típico y normal que familias tengan variaciones en cómo responden emocionalmente día a día y hasta de hora a hora. Esto no quiere decir que la familia no está aceptando el hecho de que el niño tiene una discapacidad. Los padres pueden aceptar el diagnóstico y continuar experimentando una variedad de emociones. Aceptación puede ser entender y creer que el diagnóstico es correcto y comenzar a tomar pasos en una dirección positiva (Doyle y Doyle 2005).

Los padres pueden entender la situación y proceder aun sin realmente estar contentos con éste hecho. Esto se basa en una definición de aceptación como reconocimiento y acción. Por lo general no son expertos en discapacidad o educación especial a menos que ellos trabajen en esa profesión, por lo que es natural que necesiten de guía y ayuda para saber qué hacer.

Doyle y Doyle (2005) comentan que en Estados Unidos cada distrito escolar tiene un departamento de Educación Especial. El personal guía a los padres en el proceso de diseñar un programa para satisfacer las necesidades del estudiante. Todos los condados tienen agencias que proveen servicios de apoyo para adultos con discapacidades.

La comunidad puede tener una variedad de organizaciones y recursos disponibles. Los grupos de apoyo son un recurso maravilloso que une a los padres, los profesionales y las familias que viven en la misma área a compartir información y a darse apoyo emocional. Muchas organizaciones locales y nacionales se dedican a proveer asistencia a las familias (Doyle y Doyle 2005).

A menudo, como lo expresan Doyle y Doyle (2005), después de toda la preocupación y agitación que causa obtener un diagnóstico y obtener servicios profesionales, las familias pueden acomodarse a una buena rutina y la vida procede más serenamente. Los altibajos emocionales se nivelan y las cosas se resuelven con más tranquilidad. Sin embargo, al darse cambios o transiciones, los padres pueden sentir mucha tensión e incertidumbre. Usualmente la crisis pasa y la familia restablece el balance más rápidamente que la primera vez.

Según las autoras Barbara y Emily Doyle, se debe recomendar a los padres lo siguiente:

- Tener esperanza en un futuro próspero

- Continuar aprendiendo todo lo que puedan acerca de TEA

Margaret Lovatt (Canadá) menciona que posteriormente al shock del diagnóstico una de las necesidades primarias de los padres es tener la ayuda para aceptar la realidad de la condición de su hijo y la inevitable readaptación que se requiere en la vida familiar y en los proyectos para el futuro que pueden ajustar humanamente sus aspiraciones a un nivel realista para el niño y para con ellos mismos

Es fundamental una intervención temprana que implique a la familia Algunos(as) niños(as) pueden llegar a integrarse en colegios regulares e incluso llegar a desarrollar ciertas actividades profesionales pero un gran porcentaje necesita cuidados especiales en la edad adulta Muy raras veces llegan a ser totalmente independientes y precisan un ambiente que continúe con el orden establecido en la etapa escolar (Manela Arce 2008)

Arce (2008) sugiere que en un proyecto de integración se consideran esenciales la colaboración y la participación de las familias tanto para dar respuesta a las necesidades de los(as) niños(as) respetando sus diferencias e ideologías

Lorna Wing 1996 expresó que la unión dentro de la familia es un factor esencial para llevar adelante con éxito las fatigas de criar a un hijo con un trastorno autista Las buenas relaciones familiares tienen un efecto beneficioso para el niño El enfoque constructivo es dedicarse a encontrar un modo de vida para cada niño en el que sea tan feliz como sea posible sea cual sea su nivel de funcionamiento

El apoyo emocional que se le brnde a los padres en el proceso de asimilación de la realidad de la condición de su hijo(a) llega a ser muy importante (Lorna Wing 1996) Las familias de una persona con TEA necesitan ese soporte profesional y social para poder funcionar de una forma saludable y tener éxito (Doyle y Doyle 2005)

Segun Mariela Arce (2008) algunos objetivos específicos a trabajar en la intervención con la familia podrían ser

- Buscar información para una mejor comprensión del trastorno del niño(a)
- Favorecer la creación y el mantenimiento de un clima familiar equilibrado reduciendo los niveles de estrés y de ansiedad mediante el apoyo profesional y la creación de soportes que ayuden a los padres a convivir con su situación
- Mejorar el entendimiento entre padres y profesionales promoviendo la relación entre la familia y el centro educativo y fomentando la continuidad del tratamiento del niño en el hogar Aumentar la calidad de la intervención educativa
- Ofrecer a los padres formas para favorecer sus capacidades pautas de aplicación de técnicas específicas para el afrontamiento de problemas de conducta y sugerencias para organizar la dinámica familiar Brindar a los padres un lugar de reunión para compartir ideas y sentimientos
- Fomentar el reconocimiento y la asunción de las estrategias con que cuenta cada familia que propicien pautas adecuadas para la convivencia con sus hijos(as) y para que éstos alcancen un grado máximo de autonomía

4 Grupos de Apoyo para la familia de niños(as) con diagnóstico de trastornos del espectro autista

Los padres, hermanos y la familia extendida pueden beneficiarse de grupos de apoyo. Muchas familias se sienten aisladas cuando tienen un miembro familiar con TEA. Los grupos de apoyo proveen un servicio en donde las familias pueden compartir entre todos sus problemas y sus soluciones contando con esa comprensión grupal por estar atravesando circunstancias similares. Las personas que asisten a los grupos de apoyo usualmente sienten un gran sentido de alivio al darse cuenta que no están solos y que a otros les importa y saben cómo es la experiencia que están viviendo (Doyle y Doyle 2005).

Doyle y Doyle (2005) plantean que un grupo de apoyo ofrece la oportunidad de establecer una red. Los participantes llegan a conocer otras familias con niños(as) con TEA brindándoles la oportunidad de socializar y hacer nuevos amigos que entienden sus asuntos.

Por lo general, los padres tienen interrogantes y se muestran ansiosos por encontrar los mejores servicios médicos, educativos y profesionales que atiendan a sus hijos(as) con TEA. Para ellos es significativo el poder compartir en los grupos de apoyo información práctica y las experiencias que han tenido (Doyle y Doyle 2005).

Muchos grupos de apoyo son organizados y dirigidos por padres. Algunas organizaciones que trabajan con personas con TEA ofrecen el servicio de grupo de apoyo.

Según los pronósticos cada día más y más familias se enfrentarán al diagnóstico de TEA para algún miembro de la familia. El apoyo en la comunidad puede hacer la situación más tolerable (Doyle y Doyle 2005).

5 Investigaciones encontradas sobre las madres y padres de niños(as) con diagnóstico de trastornos del espectro autista

Se encontró que en algunos de los primeros estudios del tema se enfocaban en las características de personalidad de los padres de niños(as) autistas más que en sus reacciones emocionales como en el caso de Leo Kanner que en el año de 1943 hace uso del término madre refrigeradora. La mayoría de sus pacientes provenían de familias de clase media acomodada y señaló que las madres habían perdido parte del instinto maternal esencial dándose una ruptura de comunicación afectiva entre madre e hijo. Sin embargo fue él mismo quien en 1971 se retractó y desistió de su teoría.

La Lic. María Cecilia Lien (Argentina, 1984 www.ceciliarozental.com.ar/autismo) hace una descripción de los estudios realizados por autores como Ogden, Creak, Poplin y Van Kravellen, quienes siguieron la línea de estudiar la forma de ser de los padres, su tipo de vínculo afectivo y cómo esto podía influir en el trastorno infantil del autismo.

Estos investigadores describían a los padres de niños autistas como padres obsesivos con una disminuida capacidad de relacionarse adecuadamente muy intelectualizados con falta de calidez emocional etc

Sin embargo los resultados no podían considerarse como confiables porque no tomaban en cuenta otras variables importantes y no se fundamentaban en investigaciones estandarizadas

Investigación de Elisa Rodríguez Torrens (España 2004)

Rodríguez Torrens 2004 (<http://www.cesdonbosco.com/revista/revistas/revista%20ed%20futuro>) presenta en su investigación una amplia revisión bibliográfica y plantea también que en una primera etapa (principios de siglo) el tratamiento estaba centrado en la persona y no se mencionaba a la familia. La segunda etapa (años 30) estuvo marcada por las Teorías Psicoanalistas los padres aparecen como culpables y se consideran sujetos de intervención. La tercera etapa (años 50) se da en el marco de la Psicología Comportamental. Los avances en la etiología del autismo llevaron a la desculpabilización de los padres quienes empiezan a ser considerados agentes importantes en el tratamiento como fuente de información. En la cuarta etapa (años 70) los padres se consideran dentro del tratamiento terapéutico como potenciadores y posibilitadores del desarrollo de su hijo(a). Menciona que actualmente la familia juega un importante papel dentro de la terapia. Se considera que sin la participación de los padres será mucho más difícil conseguir avances.

Por otra parte Rodríguez Torrens (2004) hace mención de un estudio realizado en el seno de la Asociación Española de Profesionales del Autismo (AETAPI 2001) sobre las necesidades de las familias con hijos con autismo destacando las siguientes

- a) *Necesidades utilitarias* control de la conducta supervisión del hijo(a)
supervisión de los problemas físicos servicios de canguro
- b) *Necesidades psicológicas* lugar y espacio de reunión para compartir ideas y sentimientos información y conocimiento de la discapacidad
información conocimiento del diagnóstico y procesos de evaluación
información y conocimiento de las implicaciones del autismo espacio y lugar para expresar sentimientos individuales
- c) *Necesidades instrumentales* formas de favorecer el desarrollo capacidades y adquisición de técnicas formas para organizar el tiempo y energía de la familia afrontamiento de problemas de conducta
orientación sobre derechos y responsabilidades afrontamiento de la educación e información sobre servicios ayudas o becas

Rodríguez Torrens (2004) basa su estudio en la aplicación de un modelo de intervención ante el estrés que presentan las familias tratando de cubrir las necesidades existentes de las mismas En las conclusiones de su estudio plantea lo siguiente

- o En primer lugar actuar sobre los estresores (Phal y Quine 1987) minimizándolos en la medida de lo posible mediante a) un tratamiento adecuado para la persona con TEA b) una mejora en los servicios que se ofertan a las familias de manera que éstos respondan a sus necesidades

reales c) una mejora en las condiciones de la vida diaria por las que pasa la familia y d) ayuda para superar los problemas derivados de otros estresores más normativos

- En segundo lugar llevar a cabo actuaciones encaminadas a maximizar la capacidad de aguante de estas familias mediante el apoyo individual a cada miembro de la familia en los momentos en que sea necesario especialmente en aquéllos en los que existe riesgo de crisis para ellos (Además de atender a cada miembro en particular emprender acciones para reforzar a la familia como sistema Por último asegurarse de que la familia disponga de suficiente apoyo formal (Tavormina et al 1973) derivado de las instituciones y servicios que prestan apoyo a estas familias) y darles pautas que les ayuden a encontrar y saber utilizar el apoyo informal que requieran (Schaeffer 1982)
- En tercer lugar es importante trabajar con las familias su capacidad para mantener una percepción positiva de la situación (Lazarus y Folkman 1984 McCubbin y Paterson 1983 1989) incidiendo tanto en los factores personales (compromisos y creencias) como en la medida de lo posible en los situacionales (en aspectos como mitigar la incertidumbre o la ambigüedad que suele producir este trastorno)
- Por último dotar a las familias de estrategias de afrontamiento (Folkman 1984 McCubbin y McCubbin 1989) para que puedan enfrentarse adecuadamente al estrés

Investigación de Denise Orme (Estados Unidos 2005)

Otra investigación que recopiló información valiosa fue realizada en la Universidad Internacional de Western en Phoenix Estados Unidos por *Denise Orme 2005* (www.nova.edu/ssss/QR/QR10-3/orme.pdf) Consistió en un Estudio cualitativo de la resolución o no resolución en madres de niños con síndrome de Down y autismo utilizando una intervención cognitiva (*A Qualitative Examination of Mothers Resolution or Non Resolution childrens disability of Down Syndrome or Autism using a cognitive intervention*)

Orme (2005) en el reporte de su investigación cita distintos estudios que brindan resultados significativos en el análisis del tema planteado en el presente anteproyecto por lo cual se considera necesario mencionarlos

Orme (2005) menciona que según Turnbull (2001) los padres con un hijo(a) con discapacidad experimentan las fases del duelo como quien enfrenta la muerte de un ser querido. Ese proceso de duelo puede incluir shock, negación, culpa, enojo, vergüenza y depresión. Menciona que pueden existir diferencias en ese proceso según los mecanismos de defensa individuales y familiares, las diferencias culturales, el tiempo en que se recibe el diagnóstico y la manera en que fue transmitida la discapacidad de su hijo(a) por los profesionales (Orme cita a Cook, Tessier y Klein 1996, Turnbull y Turnbull 2001).

Por otro lado, Orme (2005) presenta los estudios de Pianta y Marvin (1992, 1996). Pianta y Marvin (1992) desarrollan una entrevista cualitativa que

busca explorar los sentimientos y creencias y reacciones de los padres con relación al proceso de diagnóstico y la condición del niño(a)

El enfoque de Pianta y Marvin (1993) podría considerarse cognitivo pues plantean conceptos como la resolución y la no resolución. Resolución como enfoque en el presente en la aceptación de la condición realidad y limitaciones de su hijo(a) orientación en el futuro del niño(a) y la No Resolución refleja distorsiones cognitivas una búsqueda activa de razones por la cual ocurrió la experiencia percepciones extremas sobre sí mismo – negación o victimización atención selectiva a las pasadas experiencias en negación de la presente realidad desorganización y confusión mental etc

Se realizaron varios estudios con grandes grupos de madres con hijos(as) con discapacidades como parálisis cerebral y epilepsia validando la teoría de Pianta y Marvin 1996 Orme (2005) en su estudio quiso extender esta teoría examinando el estado emocional de resolución o no resolución de madres de niños(as) con diagnóstico de síndrome de Down y autismo buscando además desarrollar una intervención cognitiva para brindar apoyo a las madres en el proceso de resolución

Orme (2005) cita a Taanila Syrjala Kokkonen y Jarvelin (2002) quienes realizaron un estudio cualitativo para explorar las estrategias de afrontamiento existentes en diferentes familias ante la discapacidad física o intelectual de sus hijos(as). Encontraron que las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia eran información y aceptación buena cooperación familiar y apoyo social. Además observaron que los primeros

momentos o días luego de la noticia del diagnóstico son críticos en determinar cómo será el proceso de adaptación familiar

Con respecto a las estrategias de afrontamiento cognitivas Orme (2005) hace mención de diferentes investigaciones realizadas por Lustig (2002) Gerber Reiff y Ginsberg (1996) Hanline y Daley (1992) Hastings Allen McDermott y Still (2002) cuyos resultados indicaban lo valioso que era para los padres el uso de estrategias cognitivas ante la situación de tener un(a) hijo(a) con discapacidad. Lo cual le reafirmaba la necesidad de utilizar la intervención cognitiva para el desarrollo de su investigación

La muestra de su estudio consistía en 13 madres de niños(as) con síndrome de Down y 5 madres de niños(as) con autismo. Realizó la intervención cognitiva una hora a la semana por seis semanas. La intervención incluyó lectura, videos, discusiones interactivas, el ciclo del duelo y proceso de adaptación y ajuste, estrategias de defensa saludables, desenvolvimiento infantil, etc.

Orme (2005) observó que aquellas madres de niños autistas tendían a no lograr la resolución de la situación, puesto que el proceso de determinar el diagnóstico era más largo que de aquellos niños con síndrome de Down. Considera que las madres con niños con discapacidades necesitan mantenerse informadas sobre los distintos sistemas de apoyo existentes que puedan ayudarlas en el proceso de resolución y que el participar de situaciones grupales puede ser un recurso valioso para transmitirse información y ser de soporte la una con la otra. Identificó la necesidad de que

las madres de niños autistas reciban terapia cognitiva – conductual y en forma grupal con un máximo de 6 personas para que pueda existir un balance entre aquellas que se les facilita el proceso de resolución y aquellas que les toma más tiempo. Recomienda que puedan compartir sus historias y brindar sugerencias entre ellas, se converse sobre las técnicas cognitivas y se tenga también un espacio para reflexión y discusión en un tiempo no mínimo de una hora y media.

Investigación de Pilar Pozo Cabanillas, Encarnación Sarriá Sánchez y Laura Méndez Zaballos (España, 2006)

Por otro lado, se obtuvo información sobre una investigación de España cuyo tema es *Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista*, realizada por Pilar Pozo Cabanillas, Encarnación Sarriá Sánchez y Laura Méndez Zaballos en el 2006 (www.infocop.es/view_article.asp)

Las autoras de esta investigación mencionan estudios relacionados con el estrés familiar en los casos de autismo. Pozo Cabanillas, Sarriá Sánchez y Méndez Zaballos señalan que los resultados demuestran que las familias de personas con autismo presentan niveles de estrés más elevados que los padres con hijos con otros trastornos: retraso mental y síndrome de Down (Holdroyd y McArthur, 1976), hiperactividad y desarrollo normal (Oizumi, 1997) y grupo control sin trastornos (Cuxart, 1995).

El objetivo de su estudio era analizar el estrés en madres de personas con autismo a través de un modelo global que les permitiera estudiar las

influencias tanto directas como indirectas que ciertos factores tienen sobre el resultado de adaptación. Consideraron que identificar estos factores podrían tener implicaciones para la orientación y apoyo psicológico a las familias.

En la investigación participaron 39 madres entre 32 y 63 años de edad (con hijos entre 2 y 27 años). Tomaron en cuenta variables como apoyo social y percepción del problema. Los resultados indicaron que el 87% de la muestra presentaba niveles de estrés clínicamente significativos.

La percepción del problema se midió a través del constructo de Sentido de la Coherencia (SOC) y se encontró que las madres que tenían un alto nivel de SOC definen su situación como comprensible, manejable y con significado. En consecuencia, presentaban más confianza en sí mismas para manejar las situaciones que se les planteaban, un mejor ajuste y adaptación al estrés. Igualmente, aquellas que percibían tener un mayor apoyo social presentaban menos nivel de estrés.

Pozo Cabanillas, Sarriá Sánchez y Méndez Zaballos (2006) consideran que el sentido de la coherencia debe trabajarse en el apoyo psicológico a las familias, pues es un constructo que requiere ser potenciado en los padres para facilitar su protección psicológica y una mejor adaptación al problema.

Concluyen que la intervención psicológica es importante para influir en la percepción subjetiva o valoración que puedan tener de las situaciones y el apoyo que reciben, de manera que se facilite su proceso de adaptación y se dé una mejoría en la calidad de vida de las familias.

6 Estudios en Panamá

Por otra parte se encontraron dos estudios realizados en Panamá relacionados con el tema planteado en esta investigación

Loc Bustamante Yelixza en conjunto con Enka Rodriguez en Panamá en el año 2000 realizaron una investigación que consistió en un *Estudio Exploratorio sobre las características de personalidad y ansiedad en 15 padres con hijos(as) autistas que participaban en el programa de autismo del IPHE* Ellas plantean que es muy doloroso para los padres enfrentar la realidad de un hijo(a) con alguna discapacidad

Loc Bustamante menciona citando a Lorna Wing (1981) que el autismo tiene la peculiaridad de crear más tensión en los familiares y la sensación de soledad e incompreensión por las características de la condición autista por no saber qué hacer ni cómo actuar frente a esta situación Otras consecuencias emocionales que se observan en los padres segun Demyer (1983) citada por Loc Bustamante son irritación descontrol o falta de paciencia ya que la conducta del niño(a) con autismo suele ser inesperada o contradictoria Otras sensaciones detectadas en la investigación de Demyer son culpabilidad indignación tristeza sensación de fracaso y nerviosismo Un dato interesante de la investigación de Demyer que describe en su libro *Autismo Padres e Hijos* es el hecho que en la mayoría de los casos el peso del cuidado de los(as) hijos(as) recae sobre la madre identificando reacciones específicas en ellas tensión física y psicológica culpabilidad incertidumbre sobre su aptitud como madre fatiga física desmoralización

desorientación pérdida de la alegría de vivir temor ante un próximo embarazo incertidumbre sobre la suficiencia genética Los padres también se ven afectados a nivel emocional pero muestran una mayor resistencia para hablar sobre sus emociones Esta situación puede crear tensión y conflicto entre la pareja afectándose el entorno familiar

En el estudio exploratorio de Loc Bustamente (2000) realizado en el IPHE con un grupo de 14 madres y 1 padre se encontró que el 53% de la muestra presentaba ansiedad – estado y un 33% ansiedad – rasgo el 100% consideró que la confirmación del diagnóstico de sus hijos(as) cambió sus vidas a nivel social laboral espiritual y de pareja y que el programa de autismo del IPHE había sido de beneficio para sus hijos(as) y de gran apoyo para ellos

Por otro lado Rosas Dioselina (2005) en su estudio de tesis de psicología clínica desarrolló el tema *Atención del Hogar de 30 niños(as) autistas de la Escuela de Autismo del IPHE en la ciudad de Panamá* Ella señala que en la época de los setenta se comienza a considerar el papel importante que tienen los padres en el tratamiento terapéutico como propiciadores del desarrollo de sus hijos y no como causantes del conflicto

Dentro del estudio observó que el 80% de los niños(as) de su muestra eran atendidos por sus madres en el hogar Por esa razón enfatiza que la participación de la familia es un factor importante en el tratamiento del niño(a) en la búsqueda de su integración a la sociedad

A pesar de que no evaluó el estado emocional de estos padres sí observó la necesidad de diseñar programas de capacitación a padres y madres de niños(as) autistas para el mejoramiento de la calidad de vida la conducta y habilidades del niño(a) dentro y fuera del hogar

Estudio piloto para la presente investigación

En Panamá existen pocos estudios relacionadas con el tema planteado en esta investigación. Se procedió a realizar diversas entrevistas a especialistas que trabajan diariamente en su práctica profesional con padres de niños(as) con diagnóstico del espectro autista para conocer su perspectiva con respecto al tema (Ver anexos). Algunas coinciden que una de las reacciones más comunes en los padres es la incertidumbre de no saber qué esperar o lo que vaya a pasar sobre todo en las etapas de transiciones. Se observó que las especialistas recomiendan que debido a la carga emocional que conlleva el tener un hijo(a) con diagnóstico de TEA se le brinde apoyo psicológico a los padres y que al contar con un grupo de apoyo podrán sentir que no son los únicos que están atravesando ese proceso.

Por otro lado en el año 2006 se creó la Fundación Soy Capaz en Panamá dirigida por la Sra. Dabaiba Conte de Lilipour quien junto con su esposo han vivido la experiencia de tener un hijo diagnosticado con autismo. El objetivo de la fundación ha sido brindar un espacio recreativo artístico y de orientación vocacional para niños(as) y jóvenes con diagnóstico dentro del espectro autista. Su misión es la divulgación de la patología del autismo y el apoyo a las personas con autismo mediante programas encaminados a

promover su independencia y aceptación a la sociedad (www.fundacionsoycapaz.org)

Al iniciar su labor las personas involucradas en el proyecto fueron identificando necesidades emocionales muy marcadas en los padres. Observaron que muchas madres se mostraban ansiosas, agotadas, preocupadas por una serie de aspectos relacionados con el desenvolvimiento de sus hijos(as) a nivel familiar y escolar. Se tuvo la oportunidad de conversar directamente con varias madres y las principales inquietudes que transmitieron según las etapas del desarrollo de sus hijos(as) eran las siguientes:

- ☐ Niñez: a qué escuela asistirá, será incluido, aceptado, cómo manejar su conducta, cómo organizarse para asistir a las distintas terapias y los costos, requerirá de tutora, organización de horarios, cómo lograr que adquiera las habilidades básicas, darle o no medicamento, etc.
- ☐ Adolescencia: cómo manejar el tema del desarrollo, cambios hormonales y emocionales, sexualidad, aceptación o rechazo social, etc.
- ☐ Adultez: inclusión laboral, apertura de la sociedad, quién se hará cargo de él/ella en el caso de morir, desenvolvimiento general, etc.

Por esta razón se consideró importante el ofrecer un servicio de atención a los padres, iniciando en agosto del año 2008 un grupo de apoyo para madres de niños(as) con diagnóstico del espectro autista en edad preescolar, el cual sirvió de referencia para el desarrollo de la intervención propuesta en esta investigación.

Se realizó una intervención cognitiva – conductual a un solo grupo sin grupo control. El objetivo era explorar la viabilidad y factibilidad de empezar una investigación experimental con el tema propuesto en esta tesis. En ese período se hizo una exhaustiva revisión bibliográfica sobre información relacionada al estudio.

Con ese primer grupo se realizaron 12 sesiones 1 vez a la semana desde finales de agosto hasta inicios de diciembre. Las 6 participantes del grupo asistieron fielmente a las reuniones realizadas en la Fundación Soy Capaz / Autismo – Asperger en Panamá (Características de las participantes se puede observar en Anexos).

Ante la pregunta ¿cómo se sintió o qué pensó ante la noticia del diagnóstico? las madres tendían a responder lo expresado a continuación:

- ☐ Frustrada preocupada del futuro
- ☐ Incertidumbre
- ☐ Triste ¿cómo así? ¿ahora qué hacer?
- ☐ Principal temor que en el futuro él no pueda valerse por sí mismo
- ☐ Negación
- ☐ Búsqueda de información ¿qué va a pasar? ¿qué terapias hay?
- ☐ Temor no sabía de lo que le hablaban ¿qué hacer? ¿cómo ayudar a mi hija?
- ☐ Soledad
- ☐ Preocupación ¿con quién va a estar si muero?
- ☐ Estresada

Algunos aspectos que tenían en común

Proceso de estrés al notar que el desarrollo de su hijo(a) no se estaba dando de forma normal como por ejemplo retraso en el lenguaje
 Dificultad para que los médicos pediatras prestaran atención a sus inquietudes Insistieron y consiguieron referencia con fonoaudiología y luego los(as) niños(as) fueron evaluados(as) por neuropsiquiatría corroborando el diagnóstico dentro del espectro autista

Su agenda y tiempo giraban completamente alrededor de las necesidades de su hijo(a) con diagnóstico del espectro autista El horario se fundamentaba en las terapias y consultas a las que tenía que asistir el/la niño(a) todos los días Se dedicaba completamente a su hijo(a) olvidando sus propias necesidades personales sin disponer de un tiempo para ellas mismas

Durante el proceso terapéutico con este grupo se observó lo siguiente

Cohesión y unión grupal

Aprendizaje y aplicación de los fundamentos teóricos de la terapia lo cual se identificaba en las reuniones por los relatos y experiencias que habían vivido y compartían

El apoyo entre ellas se extendía a otros escenarios además de las reuniones Por ejemplo mantenían la comunicación a través de llamadas telefónicas correos electrónicos y en algunos momentos incluso organizaban alguna actividad social

Algunos comentarios de las madres cuando faltaban aproximadamente dos sesiones para terminar fueron los siguientes

Ustedes me han hecho aterrizar salir de mis catástrofes internas y de mi negativismo No son sólo palabras De verdad siento una transformación tan positiva que no sé explicar'

Siento que mi mundo de caos se transformó en un jardín de flores a pesar de que los problemas sigan allí No sé por qué el día de hoy siento tanta paz dentro de mí

Cada una de ustedes ha significado algo especial para mí

Creo que cada una ha aprendido de manera individual lo que tenía que aprender y en conjunto creo que hemos aprendido todas a poner nuestras vidas en perspectiva

Ayer llegué con el corazón encogido por la incertidumbre y por la soledad que a veces siento y sin embargo me marché llena de energía y buenos sentimientos

En mi lista de cosas buenas que he encontrado sin ninguna duda las tengo a todas en el primer puesto Hacía tiempo que no me sentía tan bien acogida y bien tratada por eso una vez más les doy las gracias

Espero con alegría la semana que viene para reencontrarme con todas ustedes

Los resultados cualitativos del grupo de apoyo fueron positivos Sin embargo se consideró pertinente el realizar una investigación estructurada con conclusiones estadísticas para que pueda servir como referencia para futuras investigaciones

Capítulo III

La Ansiedad

Capítulo III La Ansiedad

1 Definición Conceptual de La Ansiedad

La ansiedad constituye un elemento central en psicopatología. Es un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos. Por otra parte, las investigaciones epidemiológicas y clínicas demuestran que los denominados trastornos de ansiedad representan el problema mental más frecuente entre todos los trastornos psiquiátricos. La ansiedad es una de las principales causas por las que las personas visitan al médico de atención primaria (Belloch, Sandín, Ramos, 2004).

Al ser un concepto muy empleado en psicología, su utilización generalmente ha estado asociada al uso de diversos términos relacionados como miedo, fobia, angustia y estrés.

A través de la historia, había sido incluida en el tradicional concepto de neurosis. A finales del siglo XIX, Freud conceptualiza la ansiedad en términos de una teoría de señal de peligro, destacando que aquella consistía en una reacción emocional que servía para señalar la presencia de una situación peligrosa – amenaza. Freud estableció que la ansiedad constituía el componente central de las neurosis, explicando que existían procesos de defensa contra la ansiedad. Cuando un conflicto inconsciente producía ansiedad, estos procesos subyacentes o mecanismos de defensa afrontan patológicamente la ansiedad, causando los síntomas neuróticos (Belloch, Sandín, Ramos, 2004).

Freud planteó dos tipos de ansiedades relacionadas con las neurosis

Ansiedad sentida neurosis fóbicas y las neurosis de ansiedad

Ansiedad infenda neurosis obsesivo compulsiva y la histeria

Epstein (1972) señala que la ansiedad es un estado emocional de miedo no resuelto o un estado de activación que no posee una dirección específica tras la percepción de amenaza

Para *Wolpe* (1979) la ansiedad puede ser definida de forma tan simplista como la reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algun estímulo nocivo (Belloch A Sandín B y Ramos F 2004)

Rosenham y Seligman (1984) realizaron otra clasificación parecida a la planteada por Freud

Ansiedad observada se incluyen las fobias pánico ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático

Ansiedad infenda incluyen la obsesión la histeria y la disociación

La definición de la ansiedad suele hacerse en términos fenomenológicos (subjetivos) basada en el planteamiento de Spielberger Pollans y Worden (1984) quienes definen el estado de ansiedad como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión aprensión nerviosismo y preocupación así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo Una propiedad importante de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria Esto quiere decir que la respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio

individuo. Esto confiere a la ansiedad un valor funcional importante ya que posee una utilidad biológico adaptativa cuando, como en la ansiedad clínica, se anticipa un peligro irreal. Dicho en otros términos, la ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro real (objetivo) de la situación, sino que puede ocurrir de forma irracional, esto es, produciéndose ante situaciones de escaso peligro objetivo (Belloch, Sandín, Ramos, 2004).

Con respecto a los términos de miedo y ansiedad, el primero se asocia a algún tipo de estímulo externo amenazante identificable, mientras que la ansiedad no (en este caso se trataría de un estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible). Aunque hacer una distinción en estos términos resulta problemática, ya que los estímulos elicidores externos pueden existir aunque no sean fácilmente identificables. Por otra parte, a veces los estímulos inductores de respuestas de miedo/ansiedad son de tipo interno (interoceptivo), generalmente más difíciles de determinar por el sujeto que los estímulos externos (Belloch, Sandín, Ramos, 2004).

Barlow (1988) expresó que la ansiedad es una combinación difusa de emociones (estructura cognitivo – afectiva) orientada hacia el futuro (Belloch, Sandín, Ramos, 2004).

Los términos de ansiedad y angustia derivan de la raíz indogermánica *angh*, que significa estrechez y constricción, y también malestar o apuro. A partir de la influencia latina (distinguió entre *anxietas* y *angor*) y posteriormente mediante el influjo de la psiquiatría francesa, que diferenció entre *anxiété* (sentimiento de constricción epigástrica, dificultades

respiratorias e inquietud) se estableció la separación entre ansiedad (predominio de componentes psíquicos) y angustia (predominio de componentes físicos) (Belloch Sandin Ramos 2004)

Por otra parte se puede considerar la ansiedad como una respuesta normal y necesaria o bien como una respuesta desadaptativa

La ansiedad adaptativa es la que permite estar alerta sensible al ambiente aportando un nivel óptimo de motivación para afrontar las diferentes situaciones siendo una parte inevitable de la vida en la sociedad actual. En estos casos el temor puede aparecer como reacción apropiada a los peligros o como inquietud que activa nuestro estado de alerta ante desafíos presentes o previsibles en el futuro. Desde este concepto es importante darse cuenta de que existen muchas situaciones que surgen en la vida cotidiana en las que resulta apropiado y lógico reaccionar en este estado emotivo. En consecuencia si no sintiéramos ningún grado de ansiedad en respuestas a los retos diarios que implican un potencial éxito o fracaso significaría que algo anda mal (Belloch Sandin Ramos 2004)

Pero por otra parte el problema surge cuando se generan niveles excesivos de ansiedad y durante períodos prolongados de tiempo convirtiéndose en ansiedad patológica o ansiedad clínica siendo su manifestación más frecuente y más persistente que la ansiedad normal (Spielberg 1984). A nivel general la ansiedad patológica se caracterizaría por presentar ciertas diferencias cuantitativas respecto a la ansiedad normal caracterizada por

Mayor intensidad

Mayor duración (la ansiedad permanece durante meses en vez de desaparecer una vez pasada la situación que la generó)

Esta situación se convierte en una fuente de malestar sufrimiento y a veces incapacitación para la persona que la sufre siendo comun que demande ayuda Sin embargo en la población general puede que muchas personas presenten problemas de ansiedad y no acuden a los centros de asistencia clínica (Belloch Sandin Ramos 2004)

2 Componentes de la Ansiedad

El Triple Sistema de Respuesta de la Ansiedad

La ansiedad no es un fenómeno unitario (Sandín y Chorot 1986) Desde hace bastante tiempo se conoce que la ansiedad al igual que cualquier otra emoción implica al menos tres componentes modos o sistemas de respuesta subjetivo (o cognitivo) fisiológico (o somático) y motor (o conductual) De forma resumida el contenido de la ansiedad segun estos sistemas es como sigue

Subjetivo-cognitivo También denominado verbal-cognitivo es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad Así por ejemplo a esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo alarma inquietud preocupación aprensión obsesiones pensamientos intrusivos etc La persona con ansiedad experimenta subjetivamente un

estado emocional desagradable cualitativamente diferente de la ira y tristeza y semejante a la experiencia conocida comunmente como miedo

Fisiológico-somático Es la parte biológica. Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración dilatación pupilar temblor incremento de la tensión muscular palidez facial etc) como internos (aceleración cardiaca descenso de la salivación aceleración respiratoria etc) Algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación defecación respiración etc) y otras a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias (palpitaciones vómitos temblor etc)

Motor conductual Corresponde a los componentes observables de conducta que aparte de implicar variables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación

3 Etiología de la Ansiedad

Las teorías sobre los trastornos de ansiedad se han basado tanto en factores de tipo psicológico como psicobiológico. No obstante las teorías de corte psicológico ocupan en el campo de la psicopatología un lugar más significativo para el conocimiento de la etiología mantenimiento y reducción de la ansiedad

Los primeros modelos de relevancia científica se basaron en los principios del condicionamiento clásico y operante. El primer gran modelo de condicionamiento de las fobias es el de Watson y Rayner (1920) el cual se basaba en el condicionamiento pavloviano.

Según este modelo, las fobias pueden adquirirse y mantenerse merced a las leyes que rigen ese tipo de aprendizaje. Uno de los problemas de este modelo es la asunción del principio de equipotencialidad de los estímulos neutros.

Un segundo gran modelo de condicionamiento fue el desarrollado por Mowrer (1939 – 1960) el cual fue denominado bifactorial – mediacional. Incorpora los principios del condicionamiento operante y el concepto de reforzamiento negativo para explicar el mantenimiento de la conducta fóbica. Según Mowrer, el miedo se adquiere en una primera fase mediante condicionamiento pavloviano, actuando posteriormente como agente motivador (drive) de la conducta de evitación. El miedo media la conducta instrumental de evitación. Así mismo, la reducción del miedo producida por la evitación sirve para reforzar negativamente dicha conducta, con lo cual tal comportamiento típico de las fobias no se extingue.

Seligman y el grupo de Ohman (1970 – 1971) plantearon la teoría de preparación de las fobias. Sus principios fundamentales establecen que las fobias son selectivas, de fácil adquisición, son resistentes a la extinción y son irracionales. Se apoyan en las propiedades del aprendizaje preparado. Un estímulo preparado coincide con un estímulo prepotente, pero su significado

varía ligeramente. Entre las aportaciones más significativas del grupo de Ohman están la evidencia empírica generada a partir del análogo experimental pavloviano de las fobias y la diferenciación teórica de las fobias sobre la base de distintos sistemas conductuales de contenido fóbico – relevante (preparado)

Eysenck (1981) por otro lado propone la teoría de la incubación como una alternativa a la ley de extinción. Establece las condiciones bajo las cuales la asociación EC – EI puede no extinguirse o incluso incrementarse sin la presencia física del EI (la sola presencia del EC puede ser suficiente para fortalecer dicha asociación). Esta teoría aporta a la explicación del fenómeno del incremento paradójico de la ansiedad. Este planteamiento se conoce también como el modelo de condicionamiento de la ansiedad neurótica.

Por otra parte, las más modernas teorías conductuales sobre la ansiedad se fundamentan en la influencia capital que parecen poseer los mecanismos de tipo cognitivo. Se ha demostrado que los miedos y fobias no solo pueden adquirirse por medio de experiencias directas (generalmente traumáticas) de condicionamiento sino también a través de las experiencias vicarias y la transmisión de información. En estas dos últimas modalidades los procesos cognitivos del aprendizaje desempeñan un papel esencial.

Los principales modelos del aprendizaje son

Modelo de expectativas de Reiss (1991) Surgió como un intento de aplicar los principios del neocondicionamiento pavloviano a los trastornos fóbicos (importancia de las asociaciones estímulo – estímulo) donde más

que relaciones entre estímulos y respuestas físicas se producen relaciones de información

Modelo de revaloración del EI de Darvey considera las expectativas como elementos centrales para la génesis de las fobias (expectativas de resultado etc) siendo su contribución más original el concepto de revaloración del EI

Las tres principales teorías cognitivas basadas en ideas del procesamiento de la información son las de Lang (1979) Beck (1976 1985) y Bower (1981) Las tres teorías tienen algunos puntos comunes como son el énfasis en las estructuras cognitivas de la memoria emocional (redes proposicionales redes semánticas y esquemas)

Las teorías de Beck y Bower coinciden en cuanto a la predicción del efecto del estado de ánimo congruente el cual debe inducir un sesgo sobre los diferentes dominios del procesamiento (atención interpretación y memoria) Entienden las estructuras de memoria y las emociones asociadas como entidades discretas

El modelo de Lang está más focalizado sobre el procesamiento emocional en sí mismo y en particular respecto a la activación de los programas de respuesta Establece dimensiones como por ejemplo la valencia activación y potencia

La teoría del procesamiento de la información sugiere que la ansiedad sólo se asocia a las primeras etapas del procesamiento etapas atencionales (no

se relaciona con los procesos de memoria) Puesto que el sesgo atencional podría producirse a niveles automáticos recientemente ha despertado gran interés la implicación en los trastornos de ansiedad de los procesos no conscientes

El nuevo modelo de Ohman sobre la génesis de los trastornos de ansiedad integra tanto los aspectos conscientes como los inconscientes

Los aspectos biológicos de la ansiedad se han referido a variables de predisposición (herencia) estudios psicofisiológicos y estudios neuroendocrinos y neurofisiológicos De todas estas áreas los datos psicofisiológicos han resultado útiles como variables diferenciadoras de los distintos trastornos Por ejemplo el pánico parece ser que podría estar vinculado a cierta vulnerabilidad biológica personal

El Modelo Cognitivo de la Ansiedad de Beck (1985)

Se parte de la idea de que el sujeto a lo largo de su desarrollo ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas imágenes amenazantes incapacidad percibida de afrontamiento (a nivel cognitivo) que produciría a su vez la activación arousal emocional (a nivel conductual) Beck (1985) refiere que la percepción del individuo es incorrecta estando basada en falsas premisas

Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos Los esquemas

cognitivos subyacentes suelen ser idiosincráticos aunque son frecuentes los contenidos temáticos referentes a amenazas sobre las relaciones sociales identidad personal ejecución rendimiento autonomía y salud (Jarret y Rush 1988)

Las distorsiones cognitivas que aparecen por ansiedad son (Beck 1985)

Inferencia arbitrana Visión catastrófica Consiste en la anticipación o valoración catastrófica no basada en evidencias suficientes acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto

Maximización El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño

Minimización El sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales

Beck (1985) añade que en los trastornos por ansiedad pánico y fobias la activación cognitiva de los esquemas de amenaza produciría una especie de bypass cognitivo una especie de evitación cortocircuito o dificultad para que operara el pensamiento racional del sujeto el sistema primitivo de procesamiento de la información competiría con el sistema racional y evolucionado de procesamiento Esto explicaría el típico conflicto neurótico entre la razón y la irracionalidad percibida por el sujeto en sus cogniciones

Capítulo IV

La Terapia Cognitivo Conductual aplicada a la Ansiedad

Capítulo IV La Terapia Cognitivo Conductual como Tratamiento de la Ansiedad

1 Desarrollo Histórico de la Terapia Cognitivo – Conductual

En tiempos antiguos filósofos hacían señalamientos que pueden relacionarse a los principios que hoy en día componen a la Terapia Cognitiva – Conductual. Entre algunos de éstos filósofos podemos mencionar a Epícteto y Emmanuel Kant. El primero expresó que los hombres no se trastoran por los acontecimientos sino por las opiniones que de ellos tienen, mientras que el segundo señaló que la enfermedad mental ocurre cuando una persona no puede ajustar su sentido privado al sentido común. Alfred Adler (psicoanalista) luego de algún tiempo mencionó también que la conducta neurótica puede ser producto de opiniones erróneas de la persona (establecido por la Terapia cognitivo – conductual como creencias irracionales).

Para el surgimiento de la Terapia Cognitivo – Conductual se necesitó de las bases de las líneas teóricas y los esfuerzos de investigación de muchos años de dos corrientes importantes: la Terapia Cognitivo – Semántica y la Terapia de Conducta.

A continuación se procederá a detallar los principios básicos de estas dos corrientes y los planteamientos de sus representantes.

Terapias cognitivas – semánticas y su Fundamentación teórica

Estas terapias se fundamentan en que los pensamientos que tenga una persona tienen una influencia directa en su comportamiento. Los terapeutas cognitivos creen que un trastorno mental es producto de desórdenes de pensamientos del individuo que ha llegado a distorsionar la realidad. Puede que la persona ante alguna circunstancia o situación haya desarrollado pensamientos erróneos o equivocados sobre ese hecho si su manera de ver o interpretar el mundo es incorrecta, llega a desarrollar disfunciones en sus sentimientos y emociones y también una problemática conductual.

El objetivo pues de los terapeutas cognitivos es modificar los patrones erróneos de pensamiento de la persona ayudándola en primer lugar a identificarlos y luego a medir su validez y grado de razón. La persona entonces puede ser capaz de darse cuenta de sus creencias equivocadas y ajustar sus pensamientos a la realidad logrando tener una mejor interpretación de su mundo y las circunstancias observándose así una mejoría en sus emociones y comportamiento.

Albert Ellis

Este terapeuta cognitivo – semántico desarrolló la terapia racional emotiva (TRE). Esta terapia se sustenta en el principio de que los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y las creencias irracionales que tienen conduce al sufrimiento emocional. Ellis (1962, 1981, 1989 y 1990) sostiene que las creencias irracionales llevan a

pensamientos y sentimientos de derrota a la persona que influye negativamente sobre su conducta

El terapeuta racional emotivo debe realizar tres acciones (Meichenbaum Donald 1977)

Determinar los eventos que perturban al cliente

Ayudar al cliente a descubrir las pautas específicas de pensamiento y las creencias que se dan como respuesta interna a los eventos y que conducen a las emociones negativas

Ayudar al cliente a alterar esas pautas de pensamientos y creencias

El cuadro que se muestra a continuación contiene una lista de las ideas irracionales según Albert Ellis extraído de su libro La teoría básica de la terapia racional emotiva y Manual de Terapia Racional – Emotiva 1981 (Triell Timothy Phares Jerry 2003)

<i>Ideas Irracionales (Albert Ellis)</i>	
1	Es absolutamente necesario ser amado y aprobado por otros y casi en todo momento
2	Debo ser infaliblemente competente y perfecto en cualquier actividad que emprenda
3	Las personas que me hieren o me hacen daño son malas perversas y ruines y debo culparlas condenarlas y castigarlas con severidad
4	Es horrible terrible o catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen
5	Los eventos externos causan gran parte de la infelicidad humana y tengo poca capacidad para controlar mis sentimientos o para librarme de la depresión la hostilidad y sentimientos similares

6	Encuentro más fácil evitar enfrentarme a las muchas dificultades y responsabilidades de la vida que comprometerme con formas provechosas de autodisciplina
7	Si algo me parece peligroso o amenazante debo preocuparme y perturbarme por ello
8	Mi pasado sigue siendo importante y sólo porque algo haya ejercido una enorme influencia en determinado momento de mi vida tiene que seguir determinando mis sentimientos y conductas del presente
9	Las personas y las cosas deberían ser mejores de lo que son y debo considerar horrible y espantoso no encontrar rápidamente soluciones buenas a los problemas de la vida
10	Puedo alcanzar la felicidad a través de la inercia y la no acción o disfrutando de mí mismo pasivamente y sin comprometerme
11	Debo tener un alto grado de orden o certeza para sentirme bien
12	La calificación global que me doy a mí mismo como humano y a mi valoración general y autoaceptación dependen de la perfección de mis acciones y del grado de aprobación que me den las personas

Aaron Beck

Este terapeuta ha sido un psiquiatra pionero en el desarrollo de procedimientos y tratamientos cognoscitivos conductuales para abordar las problemáticas clínicas basado igualmente en los procesos mentales o pensamientos del individuo. El objetivo es modificar los patrones de pensamiento disfuncionales que han ocasionado un problema emocional y conductual en la persona.

Beck (1964 1995) crea tres conceptos que son básicos para comprender la terapia cognoscitiva. En primer lugar, eventos cognitivos, luego procesos cognitivos, y el otro concepto es estructuras cognitivas.

Los eventos cognitivos son la corriente de pensamientos e imágenes que tenemos, pero a la que con frecuencia no prestamos atención. Usualmente, tales pensamientos pueden ser fácilmente recuperados si se demandan (Meichenbaum Donald 1988).

Esto significa que los eventos cognitivos constituyen ese proceso rápido en el que surgen pensamientos ante determinada situación que está ocurriendo o ha ocurrido. Beck los denomina pensamientos automáticos porque se presentan con extremada rapidez, son vagos e involuntarios, es decir, la persona no los inicia voluntariamente. Es muy difícil que las personas puedan interrumpirlos, y por lo general creen completamente en ellos, sean lógicos o no. Estos pensamientos tienen un gran vínculo con las emociones y logran influir sobre la conducta.

Por otra parte, los procesos cognitivos se refieren al cómo pensamos, a los procesos automáticos del sistema cognitivo. El procesamiento de la información incluye mecanismos de búsqueda y almacenamiento, y procesos de inferencia y recuperación (Meichenbaum Donald 1988).

La persona, por lo general, no presta atención a la forma en que está procesando información; son procesos ya rutinarios y automáticos ante

una situación decide si es o no amenazante para sí mismo el recordarla o decide recuperar información y recordar hechos

Algunos procesos cognitivos que Beck (1972) ha identificado son el razonamiento dicotómico sobregeneralización magnificación e inferencia arbitraria. El razonamiento dicotómico consiste en la tendencia a dividir o pensar los eventos en dos extremos opuestos hacer una interpretación de las situaciones en términos absolutos bien o mal negro o blanco

Por otro lado el individuo que usa el proceso cognitivo de sobregeneralización llega a grandes conclusiones sobre la base de pocos datos. Por lo general tiende a tomar un acontecimiento que le ha ocurrido y generalizar expresando que siempre va a sucederle lo mismo. Ejemplo fracaso en un examen y dice nunca triunfaré en nada siempre voy a fracasar. Otro ejemplo puede ser mantuvo una relación negativa con un hombre y expresa todos los hombres son una basura

La magnificación en cambio es ver los eventos mucho más grandes importantes amenazantes catastróficos de lo que real y objetivamente son. La persona tiende a exagerar siempre el significado o valor de una situación específica

El otro proceso cognitivo es la inferencia arbitraria y se da cuando el individuo tiende a elaborar conclusiones en base a solo algunas características de un acontecimiento y excluyendo otras. De un pequeño

aspecto de una situación infiere o concluye algo sin tomar en cuenta otros aspectos. Un ejemplo puede ser cuando un sujeto ve a otra persona con el ceño fruncido y piensa está enojado conmigo sin tomar en cuenta otros factores que pueden haber producido que la otra persona haya manifestado ese gesto.

Además de estos procesos cognitivos señalados por Beck, Kelly y Stahelski (1970) luego de diversas investigaciones identificaron otro proceso cognitivo llamado sesgo confirmatorio. Éste consiste en que si la persona tiene una creencia va a buscar situaciones o eventos que confirmen su pensamiento o creencia. Este individuo va a buscar información que confirme su hipótesis o modo de pensar y va a desechar aquellos datos que no concuerden con su creencia. Por ejemplo alguien que crea que es tonto va a decir no voy a estudiar porque soy un tonto cuando le entregan el examen fracasó y dirá lo sabía soy un tonto de esta manera cree confirmar que lo que piensa de sí mismo es cierto pero en realidad esto se relaciona a un círculo vicioso porque la verdad es que fracasó porque no estudió no necesariamente porque sea tonto sin embargo no es capaz de comprender esta realidad.

El Dr. Leahy en 1996 identifica otros procesos cognitivos a los que denomina distorsiones cognitivas los cuales son

Leer la mente la persona cree saber lo que otra persona está pensando sobre él/ella sin que le haya dicho nada ejemplo él piensa que soy fea

Predicción del futuro cree lo que va a pasar ejemplo "no va a funcionar no lo lograré para que voy a jugar si voy a perder"

Etiquetar negativamente piensa algo negativo de sí mismo o de otro ejemplo "soy una estúpida"

Desmentar lo positivo no toma en cuenta las características o aspectos positivos de una situación o de sí mismo ejemplo "bueno en realidad gané buena nota porque el examen estaba fácil fue suerte no toma en cuenta que estudió mucho para el examen no se da crédito a sí mismo ni se alegra por lo positivo que logró"

Filtro negativo solo se fija en lo negativo no ve los aspectos buenos o positivos ejemplo "un hijo que le entrega a su padre el boletín tiene seis notas de 4 8 y más pero en dos materias obtuvo un 4 0 el padre lo regaña y dice que tiene que estudiar más para subir esos 4 0 y no lo felicita por las otras notas"

Personalizar todo lo malo que le ocurre o de las situaciones es por su propia culpa ejemplo "mis papás se divorciaron por mi culpa"

Debo la persona tiene un sentido exagerado de responsabilidad cree que debe hacer hacerse cargo etc ejemplo "no me voy a casar porque debo cuidar para siempre a mi madre"

Culpabilizar a otros toda la culpa la tienen los demás de las situaciones mala que le ocurren ejemplo "fracasé porque le caigo mal al profesor" pero en realidad no había estudiado

Comparaciones injustas o desiguales la persona tiende a compararse injustamente con los demás ejemplo "las muchachas que tienen una"

contextura corporal normal pero se sienten gordas al compararse con las modelos de las revistas

Orientación hacia el lamento fijada en el pasado la persona sólo piensa en las situaciones negativas que ocurrieron en el pasado ejemplo si mi papá no me hubiera abandonado yo sería una mejor persona

¿Qué si pasa esto? por lo general la persona no se atreve a realizar nada por pensar en lo que sucedería si se arriesga ejemplo pero qué pasa si me caso y no funciona y si me divorcio

Razonamiento emocional el individuo toma las decisiones de forma impulsiva guiado por sus emociones por cómo se siente ejemplo no voy al trabajo porque me siento triste

Discapacidad para aceptar contradicciones con su propio juicio el individuo no acepta que lo contradigan en sus opiniones piensa que sólo él tiene la razón y la verdad ni siquiera quiere escuchar una opinión contraria a la suya

Todas estas formas de pensamiento automático que las personas presentan descritas anteriormente describen lo que Beck denominó procesos cognitivos

El otro concepto que este autor señaló fue estructuras cognitivas que se refieren a los esquemas las asunciones implícitas o las premisas que determinan a qué eventos se presta atención y cómo se interpretan éstos (Meichenbaum Donald 1988)

Los esquemas segun Taylor y Crocker (1981) permiten que la persona pueda identificar rápidamente los estímulos además establecer categorías a los eventos seleccionar una estrategia para obtener información resolver un problema y también regularmente ayudan a alcanzar metas Los esquemas son principalmente para los aspectos que son importantes para el individuo

Estos esquemas entonces ejercen influencia sobre el tipo de información al que se le prestará atención cómo se estructurará cuál será el valor o importancia que se le dará y qué ocurrirá como consecuencia Cuando se establece información sobre sí mismo se forman autoesquemas aquella información que se asemeje o concuerde con el autoconcepto o autoesquema (información de sí mismo) será más fácilmente recibida y procesada por otra parte existirá una resistencia ante la información incongruente o que no se adapte a nuestro autoesquema

Beck (1976) señala que cuando se forma un autoesquema y existe un unico tema o aspecto que lo domina determinando cómo será el modo de procesar de la información que entra se forman entonces los desórdenes psicológicos Por ejemplo si el tema o idea que domina el esquema es de rechazo y fracaso social en las situaciones que viva la persona ésta procesará la información de tal modo que permanece en un estado de depresión ante cada acontecimiento

Beck ha brindado grandes aportes en el tratamiento de los trastornos clínicos y la forma de contrarrestar los autoesquemas que caracterizan a estas personas

Beck Rush Shaw y Emery (1979) plantearon las siguientes técnicas que utilizan con el paciente (Tnelli Timothy Phares Jerry 2003)

Programar actividades para contrarrestar su inactividad relativa y su tendencia a enfocarse en sus síntomas

Incrementar las tasas de actividades agradables al igual que de aquellas en que experimenta algún grado de dominio

Ensayo cognoscitivo es decir hacer que el paciente imagine cada paso sucesivo que conduce a la conclusión de una tarea importante (como asistir a una clase de ejercicio) de modo que puedan identificarse anticiparse y abordarse los impedimentos potenciales

Capacitación en asertividad y representación de papeles

Identificación de pensamientos automáticos que ocurren antes o durante los episodios disfóricos (por ejemplo No puedo hacer nada bien)

Examinar la realidad o precisión de estos pensamientos al desafiar con amabilidad su validez (¿Así que no cree que haya algo que pueda hacer bien?)

Enseñar al paciente a retribuir la culpa de las consecuencias negativas a la fuente apropiada Los pacientes tienden a culparse por los resultados negativos aun cuando no tengan la culpa

Ayudar al sujeto a buscar soluciones alternativas a sus problemas en lugar de resignarse a su insolubilidad

El propósito de Beck a través de la terapia cognitiva (por lo general de corta duración) es ayudar al paciente a que pueda ser consciente de los eventos procesos y estructuras cognitivas y que pueda así cambiar la influencia que tiene sobre sus sentimientos y comportamientos

Teoría del Aprendizaje Social

Los teóricos del aprendizaje social resaltan la idea de que el aprendizaje es un proceso activo esto significa que las características personales y los procesos cognoscitivos que tenga la persona influyen directamente en su comportamiento sin tomar en cuenta en algunos casos los estímulos situaciones o reforzadores Esta teoría toma en cuenta no sólo la situación (estímulo) y la conducta sino que consideran también a los factores mediadores que son los cognoscitivos y personales (los pensamientos e interpretaciones que se dan en el individuo en medio del estímulo – situación y la conducta observable)

Albert Bandura teórico del aprendizaje social enfatiza la importancia del rol de los factores cognitivos en el condicionamiento De acuerdo a esta teoría el aprendizaje humano en su gran parte es mediado cognitivamente y los humanos en lugar de responder a El determinismo recíproco Bandura (1977) lo utilizó para describir la consecuencias ambientales responden principalmente a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales

lo cual significa que el individuo interpreta y presta atención selectivamente a los eventos dándose interacción continua entre las variables conductuales cognitivas afectivas fisiológicas y ambientales Si el individuo posee creencia en su eficacia personal la interacción entre todas estas variables será positiva

Por otro lado *Julian Rotter* también teórico del aprendizaje social explicó que el comportamiento es un producto conjunto de expectativas y reforzamiento Se refiere a que cada persona elige comportarse de una manera determinada esperando que ese comportamiento elegido le brinde como resultado el alcanzar una meta o un resultado de algún valor

Rotter (1970) establece que es necesario tomar en cuenta para la práctica de la psicoterapia tradicional y la terapia del comportamiento los siguientes puntos (Triell Timothy Phares Jerry 2003)

La psicoterapia es considerada como una situación de aprendizaje y la función del terapeuta es capacitar al paciente para lograr cambios planeados en el comportamiento observable y en el pensamiento

Una estructura de solución de problemas es una forma útil de ver las dificultades de la mayoría de los pacientes

Con frecuencia la función del terapeuta es guiar el proceso de trabajo en equipo de modo que no sólo se debiliten comportamientos y actitudes inadecuados sino que se aprendan comportamientos más satisfactorios y constructivos

A menudo es necesario cambiar las expectativas irreales al hacerlo uno debe darse cuenta cómo surgieron ciertos comportamientos y expectativas y cómo fue que el paciente aplicó mal o generalizó de más la experiencia previa

En la terapia el paciente debe aprender a interesarse en los sentimientos expectativas motivos y necesidades de otros

Las experiencias nuevas o diferentes en la vida real a menudo pueden ser mucho más efectivas que las que ocurren sólo durante la situación de terapia

En general la terapia es una especie de interacción social

Época actual

Hace muchos años existía una marcada separación entre las corrientes conductuales y cognoscitivas ya explicadas pues abordaban los problemas psicológicos o del comportamiento humano de forma totalmente independiente

Sin embargo a principios de la década de los años setenta se observaba que las técnicas de tratamiento conductistas como condicionamiento clásico u operante no tenían el efecto esperado ante condiciones clínicas como la depresión En cierta forma fue así como las limitaciones del conductismo radical estimularon la mezcla de los métodos cognoscitivos y conductuales El rigor científico y experimental apreciado por los conductistas se incorporaron a las variables y planteamientos

cognoscitivos estableciéndose así el surgimiento del nuevo modelo teórico la terapia cognitivo conductual

Es así como los conceptos que provienen de las terapias cognitivas semánticas y de la teoría del aprendizaje social proporcionaron las bases para el desarrollo de un enfoque cognitivo – conductual de la psicopatología y del cambio de conducta (Meichenbaum Donald 1988)

La terapia cognitivo – conductual surge dándole importancia no sólo al comportamiento observable si no también al proceso mental que ocurre en el individuo entre la exposición a una situación o problema y su reacción o manifestación conductual ante ésta

Actualmente la terapia cognitiva – conductual está siendo muy utilizada como modo de psicoterapia para tratar las problemas clínicos o patológicos que se presentan en los individuos El enfoque cognitivo conductual su eficacia y eficiencia en la práctica clínica es cada vez más reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos de gran incidencia actual tales como depresión adicciones ansiedad trastornos de pánico agorafobia fobia social disfunciones sexuales etc así como sobre muchos problemas tales como la violencia la ira las inhibiciones los conflictos de pareja y otros

Esta terapia da entonces valor a los pensamientos ideas y sentimientos que surgen en la mente de la persona su manera de interpretar los acontecimientos y circunstancias que vive a diario De esta manera busca

abordar las problemáticas del comportamiento humano a través de conceptos y técnicas que permitan la modificación de ideas irracionales o patrones de pensamientos erróneos que producen conductas o comportamientos patológicos o inadecuados. Si los pensamientos se logran ajustar correctamente y adaptarse a la realidad entonces podrán darse mejoras en el comportamiento.

2 Planteamientos Teóricos

La terapia cognitivo – conductual da valor a las consecuencias ambientales y también a los diversos procesos presentes en los pensamientos, sentimientos y conductas del ser humano. Todos estos aspectos están ligados y se interrelacionan ya sea para que el individuo presente una conducta normal o anormal (patológica).

Esta terapia señala que los estilos de pensamiento que tenga la persona influyen directamente sobre su estado emocional y luego esos sentimientos afectan la forma cómo se comportará en una situación determinada. Si sus pensamientos son distorsionados, sus sentimientos y su comportamiento serán inadecuados; no logrará una sana adaptación al ambiente o a los acontecimientos; esto acarrea problemas sociales que hacen que la persona nuevamente tenga pensamientos distorsionados (lo que se conoce como sesgo confirmatorio, explicado anteriormente). Lo cual produce que su comportamiento inadecuado se mantenga; esto se da como un círculo vicioso.

La terapia cognitiva – conductual enfoca la atención del individuo en sus ideas negativas e irreales y trata de romper el círculo vicioso impulsándolo a pensar de manera más lógica real y positiva sobre su situación en la vida

Cuando se inicia el proceso de terapia por lo general los pacientes expresan que sienten que son víctimas de las circunstancias y que no pueden hacer nada para cambiar las cosas

El objetivo del terapeuta cognitivo – conductual es pues guiar al cliente ayudarlo a que pueda reflexionar tomar conciencia descubrir cómo están funcionando sus propios pensamientos sentimientos y conductas y cómo cada uno de estos aspectos está influyendo en los problemas presentados en su vida El paciente se ha convertido entonces en un colaborador en la recolección de datos que caracterizan su forma de pensar sentir y actuar El terapeuta lo motiva pues a cambiar la percepción o idea de que no puede hacer nada y es impotente ante los acontecimientos difíciles o problemáticas que afronta El terapeuta debe lograr que la actitud del cliente sea la de aceptar y comprender su problema y asumir la responsabilidad de cambio El cliente es entrenado por el terapeuta en el desarrollo de habilidades intra e interpersonales para enfrentar todo tipo de situaciones Es importante señalar que a través de la terapia cognitivo – conductual al cliente se le ayuda a anticiparse y prepararse para los fracasos que puedan presentársele en el transcurso de su vida

3 Aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual

La terapia cognitiva – conductual enfatiza

La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso

Un enfoque orientado al problema y los objetivos

El carácter educativo (o reeducativo) del proceso capacitando al paciente para enfrentar por si mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional

El proceso de cambio que se da en el paciente a través de la terapia cognitivo – conductual se explica en tres etapas. En la primera etapa se le da un entrenamiento al cliente para que sea un mejor observador de su propia conducta. La segunda etapa permite que el individuo desarrolle pensamientos y conductas adaptadas incompatibles con las anteriores y la tercera etapa constituye lo que el cliente piensa (cogniciones) y siente (sentimientos) respecto al cambio.

A continuación se detallan las características y objetivos de cada etapa en particular (www.psicologiaonline.com)

Primera Etapa Entrenamiento del cliente para ser un mejor observador de su propia conducta

Características

Es un período inicial de recolección de datos en donde el cliente realiza una autoexploración y auto-registro. El terapeuta promueve en el cliente el registrar su historia, hacer diarios, auto-registrar conductas claves, responder cuestionarios, pasar tests.

El cliente y el terapeuta definen el problema y formulan objetivos terapéuticos.

El cliente debe darse cuenta de la ocurrencia de la conducta inadaptada para interrumpirla y cambiarla.

El terapeuta durante el transcurso del tratamiento le da a conocer al cliente un marco que le permita la comprensión de sus conductas inadaptadas.

Al poder tener una clara visión de la problemática (y que puede haber una solución) el cliente puede llegar a adquirir una sensación de esperanza.

El terapeuta debe establecer una relación de trabajo terapéutico organizando el proceso de cambio, ajustando el estilo de la intervención a las necesidades individuales del cliente y promover una colaboración mutua entre ellos.

Objetivos

El cliente debe desarrollar una visión más diferenciada de sus problemas presentes es decir tomar en cuenta todos los datos relevantes o no de las situaciones o acontecimientos sin desatender ninguno

El cliente debe redefinir sus problemas presentes que le permitan visualizar con más facilidad una solución a través del interrogatorio del terapeuta

Segunda Etapa El cliente debe desarrollar pensamientos y conductas adaptadas incompatibles con las anteriores

Características

Al redefinir sus problemas el cliente debe aprender a realizar nuevas conductas en las distintas situaciones

El cliente trabaja para desarrollar habilidades adecuadas y remover pensamientos y sentimientos inadecuados

El terapeuta organiza estimula desafía convence y persuade al cliente para que ensaye conductas bajo condiciones que promuevan en él la sensación de seguridad en sí mismo

Los cambios conductuales que se dan en el cliente hacen surgir en él también cambios cognitivos y afectivos

Lo importante es enseñar al cliente a recordar que ante los acontecimientos se tienen nuevas formas y alternativas de comportarse para dejar a un lado las conductas viejas e inadaptadas Al repetir las

nuevas conductas adecuadas logrará que éstas se conviertan en parte de su rutina

Objetivos

Lograr cambios en tres áreas

Conducta enfocarse en el cambio de conducta del cliente utilizándose varias técnicas en entrenamiento de habilidades por ejemplo películas que modelen conductas juegos de roles representación imaginaria asignaciones de tareas para realizar en la casa y en ciertas situaciones)

Actividad auto-regulativa el cliente debe modificar las auto-declaraciones imágenes y sentimientos que no permiten un funcionamiento adaptado esto lo realiza con la ayuda del terapeuta Se espera que el cliente pueda esforzarse por tener pensamientos y sentimientos adaptados para que pueda percibir que los eventos problemáticos pueden tener solución y que puede tener la capacidad de afrontar cualquier situación

Estructuras cognitivas el cliente tiene asunciones y creencias que originan su modo habitual de construir el sí mismo y el mundo Los clientes deben aprender a no interpretar mal las situaciones a aceptar las oportunidades y comportarse de manera adecuada Si sus estructuras cognitivas son adecuadas podrá tener una correcta construcción de si mismo y un desenvolvimiento en el mundo

Tercera Etapa Constituye lo que el cliente piensa (cogniciones) y siente (sentimientos) respecto al cambio

Características

El terapeuta trabaja con el cliente para consolidar cambios promover generalizaciones mantener los efectos del tratamiento y disminuir la probabilidad de recaer

Objetivos

Hacer que el cliente atribuya los cambios a sí mismo desarrollando sentido de auto-responsabilidad y la consciencia de llevar a cabo esos cambios positivos tanto en su presente como en el futuro

Ayudar al cliente a estar preparado para afrontar adecuadamente (con habilidades de afrontamiento) los problemas que pueden volver a ocurrir en su vida evitando así posibles recaídas

Por ultimo en cuanto a la aplicación de la terapia cognitiva – conductual en general se pueden mencionar algunas de sus características prácticas más destacadas

Centrado en el presente en el problema y en su solución

- Es un proceso activo y estructurado

Existe cooperación entre paciente y terapeuta

Da importancia a las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones

Presenta un carácter preventivo ante recaídas o futuros trastornos

4 Técnicas de la Terapia Cognitiva – Conductual

Terapia de Reestructuración Racional o Cognitiva

Lo que se quiere lograr a través de esta técnica es que el cliente pueda ser capaz de identificar sus creencias equivocadas las contrarreste con la realidad y corrija entonces su construcción del mundo ante esto adopta una mayor disposición a realizar la reestructuración de sus pensamientos para desarrollar sentimientos y conductas más adaptadas y objetivas

Algunas técnicas que los terapeutas cognitivos – conductuales utilizan en esta terapia son

Registro de pensamientos le piden al cliente que en un intervalo de 15 a 30 minutos todos los días entre las sesiones anoten o registren todos los pensamientos irracionales o disfuncionales que tuvieron Debe anotar la situación vivida que lo inquietó o perturbó y los pensamientos los sentimientos que experimentó Luego en las sesiones el terapeuta lo guía y ayuda a desarrollar pensamientos más adecuados que repercutan positivamente en sus sentimientos y en su conducta

Experimentos personales el cliente debe comprobar o refutar que sus pensamientos negativos son realmente válidos a través de experiencias personales en determinadas situaciones Es como un proceso de método científico en el cual el cliente tiene hipótesis las comprueba empíricamente modifica las hipótesis si eran equivocadas y crea nuevas

hipótesis acorde a la realidad comprobada. De esta forma desarrolla nuevas formas de conducta más adaptas y positivas dejando a un lado concepciones erróneas de sí mismo que no tienen fundamentos reales.

Tareas en el hogar el cliente tiene asignaciones que debe realizar en su casa para poder poner a prueba sus habilidades de afrontamiento. De esta manera el cliente reconoce la importancia de su propia intervención en su mejoramiento además de existir una continuidad de las sesiones. El terapeuta le brinda también un entrenamiento en relajación y asertividad para que pueda poner en práctica de la mejor manera las tareas que se le asignan.

Ensayo cognitivo consiste en que el cliente visualiza o imagina la situación o evento que ha vivido e identifica los pensamientos y sentimientos que ha tenido en esos momentos reconociendo los aspectos negativos o erróneos de ellos y reemplazándolos por pensamientos más adaptativos y positivos que puede tener ante esas situaciones.

Entrenamiento de las habilidades de afrontamiento en la inoculación del estrés

Esta técnica busca que el individuo pueda desarrollar la capacidad de enfrentar los problemas que le ocasionan estrés e incluso prevenir que se formen problemas innecesarios con habilidades de afrontamiento ante las situaciones de la vida.

Esta terapia consta de tres fases planteadas por Meichenbaum (1996)

Fase de conceptualización se educa al paciente sobre los tipos de pensamientos que conducen al estrés a sentimientos negativos y a un comportamiento inadecuado o disfuncional. En esta fase la persona debe aprender a identificar cuáles son los factores amenazantes o productores de estrés que le afectan y también aprender a afrontarlos adecuadamente.

Fase de adquisición de habilidades y ensayo es un período donde el paciente va a practicar las habilidades de afrontamiento que se le enseñen pero en la clínica como un ensayo y luego poco a poco de forma gradual en el mundo real encarando los factores que le producían estrés. Algunas habilidades que se le enseñan son autorregulación emocional, reestructuración cognoscitiva, utilización de sistemas de apoyo, relajación, habilidad para cambiar las demandas del ambiente, habilidades de comunicación y asertividad.

Fase de aplicación El individuo debe saber aplicar todas las habilidades de afrontamiento enseñadas y ser capaz de encarar cualquier situación estresante que se presente. También se le brinda la oportunidad a que enseñe y ayude a otras personas que estén pasando por problemas similares a los que vivió y aprendió a enfrentar. El terapeuta continúa algunas sesiones de seguimiento como prevención de recaídas.

Técnicas cognitivas ([http //www psicologia online com](http://www.psicologiaonline.com))

➤ Distinguir pensamiento de realidad (situación)

Uso de situaciones imaginarias puede utilizarse un listado de situaciones imaginarias con distintas interpretaciones a las mismas y preguntar después por las consecuencias emocionales y conductuales de cada interpretación puede imaginar situaciones amenazantes y su afrontamiento a ella junto con autoinstrucciones de autocontrol También se pueden jerarquizar las situaciones amenazantes (p.e. en forma de desensibilización sistemática)

Uso de situaciones personales Pensar en situaciones similares a las analizadas pero con distinta respuesta emocional y conductual Preguntar por pensamientos asociados

Uso de situaciones personales pero pensando en otra persona actuando ante ella con una respuesta emocional y conductual más adaptativa el terapeuta puede plantearle al paciente si algún conocido ha pasado por una situación similar y reaccionó de una manera más adaptativa o realizar un rol playing con el paciente

Uso de situaciones personales induciendo verbalmente o por escrito un listado de pensamientos diferentes a los mantenidos por el sujeto ante esa situación y preguntando por sus efectos posibles emocionales y conductuales

Después de usar una o varias de estas estrategias el terapeuta puede referirle al paciente como conclusión. Lo que quiero que vea es lo siguiente: La situación es exactamente la misma pero cuando te vienen los pensamientos X, tú te sientes X y actúas de la forma X, y cuando te vienen los pensamientos Y, piensas de la forma Y, tú te sientes Y actúas de la forma Y. La diferencia está en el pensamiento: la situación, la realidad sigue siendo la misma. Además, el tipo de pensamiento que viene a la cabeza condiciona tanto la forma en que tú te sientes y actúas en uno y otro caso. (A Maldonado 1990)

➤ Identificar el proceso de error o distorsión cognitiva

Se usan tanto situaciones personales como imaginarias.

Presentamos al sujeto una lista de pensamientos típicos en esas situaciones ansiosas. Se le pide al paciente que elija en esas situaciones imaginarias los pensamientos más adaptativos en función de sus consecuencias emocionales y conductuales, y se le pregunta por qué ha seleccionado esos y no otros.

Sobre el autorregistro del sujeto intentamos ir elicitando una lista de pensamientos a la misma situación, y entre ellos le pedimos al sujeto que seleccione los más adaptativos en función de sus consecuencias emocionales y conductuales, y le preguntamos por qué eligió esos y no otros.

Después de usar estas estrategias y si la selección ha sido realmente adaptativa lo contrastamos con su pensamiento automático original y sus consecuencias emocionales y conductuales. Esto será de gran ayuda para programar las tareas para casa (A. Maldonado 1990)

➤ Generar pensamientos y conductas alternativas

➤ Métodos centrados en las preguntas empíricas

Petición de pruebas para mantener los pensamientos automáticos o supuestos personales (P e ¿Qué pruebas tiene para creer que ? ¿Hay alguna prueba de lo contrario?)

Petición de alternativas interpretativas a los pensamientos automáticos o supuestos personales (P e ¿Podría haber otra interpretación distinta para ese suceso? ¿Podría haber otra forma de ver esa situación?)

Consecuencias emocionales de mantener un pensamiento automático o supuesto personal (P e ¿A qué le lleva pensar eso? ¿Le ayuda en algo?)

Comprobar la gravedad de las predicciones negativas (P e ¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso? Suponiendo que ocurriese cuánto durarían sus efectos? ¿Podría hacerse algo?)

Conceptualizar pensamientos o supuestos vagos en su formulación (P e ¿Qué quiere decir con ?)

Cuestionamiento de pensamientos catastróficos. El terapeuta enseña al paciente a cuestionarse sus pensamientos catastrofistas ¿Qué probabilidades hay de que ocurra eso? ¿Podría hacerse algo si llegase a ocurrir? ¿Otras veces lo pensó y qué ocurrió en realidad?

Técnicas conductuales ([http //www psicologia-online com](http://www.psicologia-online.com))

- **Técnicas de relajación** Induce distracción cognitiva y habilidad para la reducción de la activación ansiógena
- **Entrenamiento asertivo** Dirigido a aumentar la habilidad de autoafirmación del sujeto y la reducción de inhibiciones conductuales
- **Técnicas de exposición** Cuando es posible identificar situaciones respectivas y frecuentes relacionadas con la ansiedad el sujeto puede aprender a enfrentarlas sin evitarla (en vivo y/o en imaginación) de modo que se habitue a ellas y no confirme sus expectativas

Entrenamiento en la resolución de problemas

D Zunilla y Goldfried desarrollaron esta técnica que consiste en cinco etapas que conllevan varias actividades cada una. Las etapas son las siguientes:

Orientación general diseñada para fomentar la predisposición a resolver los problemas. El cliente en esta etapa debe:

Identificar y reconocer una situación problemática cuando ésta ocurre.

Aceptar que es normal e inevitable la presencia de problemas en la vida.

Adquirir una expectativa positiva para resolver los problemas en forma efectiva.

Definir y formular el problema Esta fase incluye cuatro actividades que el paciente debe realizar:

Buscar todos los hechos e información disponible acerca del problema siendo la descripción de los hechos clara específica y concreta

Diferenciar la información relevante de la irrelevante y los hechos objetivos de las inferencias e interpretaciones que no han sido verificadas

Identificar los factores o circunstancias que hacen problemática la situación

Establecer un objetivo realista en la resolución de problemas Especificar el resultado que se desea obtener El cliente debe establecer metas realistas y concretas definiendo los pasos que le permitirán alcanzar el objetivo

Generar alternativas Crear y evaluar una variedad de alternativas de acción En conjunto el cliente y el terapeuta evalúan cada una de las propuestas consideradas sus ventajas y desventajas y luego las ordenan desde la solución menos hasta la más práctica y deseable

Toma de decisión El cliente a través de ensayos conductuales y de práctica gradual ensaya las soluciones escogidas en la etapa anterior El cliente debe escoger la solución que considere más aceptable y factible

Evaluación del resultado de la solución en la vida real El cliente debe poner en práctica en la realidad la solución escogida El terapeuta prepara al cliente para enfrentarse a posibles fracasos y también a premiarse a sí mismo por haber realizado el intento Se realiza una retroalimentación evaluando los resultados que ocurrieron ante la solución que escogió

5 La Interacción Terapéutica

Juan José Ruiz y Justo Cano (2002) en el Manual de Psicoterapia Cognitiva plantean los siguientes puntos con respecto a la interacción terapéutica en el proceso de la terapia cognitiva conductual (<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual7.htm>)

La psicoterapia cognitiva considera que hay 3 factores básicos que ayudan a mantener la relación terapéutica iniciada (Beck 1979)

a La confianza básica Se trata de la percepción del paciente que ve la relación con el terapeuta como segura y no amenazante y que le permite expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar solución a sus dificultades. El terapeuta sopesa su intervención (p e elicitando feedback del paciente) y ajusta su rol (directividad, formalidad, límites etc) a las respuestas del paciente. En general, en la primera fase del tratamiento suele emplear más la empatía, aceptación y autenticidad para así fomentar la confianza básica. En una segunda fase se refuerza de modo progresivo la autonomía del paciente (p e planificando con él las agendas y tareas para casa y usando las atribuciones internas a sus logros).

b El rapport Se refiere en general a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta. Es útil que el terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a terapia, que las contraste con el paciente si le parecen poco razonables o

inadecuadas (p.e. ¿Cree usted que su hijo estará dispuesto a colaborar conmigo en la terapia si usted le amenaza con lo que podría perder si no viene?) También el terapeuta se pone en la misma onda del paciente a través de la empatía, aceptación y autenticidad (con la ayuda del feedback). El explicar al paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico y las fluctuaciones, y recoger sus respuestas al respecto, puede facilitar el llegar a un acuerdo mínimo sobre estos puntos, o no iniciar la terapia si el paciente trae un marco de trabajo excesivamente restrictivo (p.e. Fisch y cols. 1984).

c La colaboración terapéutica El terapeuta y el paciente forman un equipo de trabajo que tiene como fin detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales y trabajar su modificación (empirismo colaborativo). Se explican al paciente las tareas a desarrollar (p.e. mediante modelado directo o cognitivo), se aplican como tareas para casa, se revisan esas tareas en consulta, y progresivamente el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso. En la fase de socialización terapéutica se inicia esta actividad.

La psicoterapia cognitiva necesita que el paciente y el terapeuta conformen un equipo de trabajo (Beck, 1979).

TRABAJO DEL PACIENTE	TRABAJO DEL TERAPEUTA
1 Manifestar sus pensamientos emociones y conductas referentes a sus dificultades (datos brutos)	1 Enseñar al paciente la relación entre pensamientos afectos conductas y cómo registrar esas relaciones
2 Registrar eventos que proporcionen relaciones entre pensamientos afectos conductas	2 Enseñar al paciente a modificar sus pensamientos automáticos a través de habilidades cognitivas conductuales Programar tareas para casa para su puesta en práctica
3 Aplicar tareas para casa de tipo cognitivo-conductuales para contrastar sus pensamientos automáticos	3- Revisar con el paciente esas tareas y desarrollar sus habilidades con ellas Recoger datos sobre hipótesis de Supuestos Personales Proponer al paciente su revisión mediante experimentos personales
4 Aplicar experimentos personales	4 Revisar los experimentos personales Prepara al paciente para el alta/ seguimiento Identificación de problemas al respecto
5- Expresar preocupaciones respecto al alta y recaídas	5 Alternativas a esas preocupaciones Prevención de recaídas
6- Acuerdo sobre el alta Resumen de la terapia	6- Acuerdo sobre el alta Resumen de la terapia

<http://www.psicologiaonline.com/ESMubeda/Libros/Manual/manual7.htm>

6 Aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual como tratamiento para la ansiedad

Durante los últimos años (última década aproximadamente) se ha producido un gran interés por buscar explicaciones sobre el origen de la ansiedad basadas en los procesos cognitivos. Algunas de las más modernas teorías conductuales sobre la ansiedad se fundamentan en la influencia capital que parecen poseer los mecanismos de tipo cognitivo. Un factor de peso para esta orientación se debe a la demostración de que los miedos y fobias no sólo pueden adquirirse por medio de experiencias directas (generalmente

traumáticas) de condicionamiento sino también a través de las experiencias vicarias y la transmisión de información en estas dos últimas modalidades los procesos cognitivos del aprendizaje desempeñan un papel esencial

Como se explicó anteriormente las tres principales teorías cognitivas basadas en ideas del procesamiento de la información son las de Lang (1979) Beck (1976 1985) y Bower (1981) Las tres teorías tienen algunos puntos en común como son el énfasis en las estructuras cognitivas de la memoria emocional (redes proposicionales redes semánticas y esquemas) Las teorías de Beck y Bower coinciden en cuanto a la predicción del efecto del estado de ánimo congruente el cual debe inducir un sesgo sobre los diferentes dominios del procesamiento (atención interpretación y memoria)

Para la teoría cognitiva el hecho de que la ansiedad se manifieste en el ámbito fisiológico conductual y psicológico tiene implicaciones importantes para la recuperación

Un programa completo de recuperación de ansiedad debe actuar en los tres niveles para lograr

- Reducir las respuestas fisiológicas
- Eliminar la conducta elusiva (cuando exista)
- Cambiar las interpretaciones subjetivas (cogniciones disfuncionales) que perpetúan el estado

El tratamiento es breve y focalizado en los problemas actuales Breve se refiere al uso del tiempo adecuado para lograr los objetivos planteados si bien la duración varía en relación al diagnóstico coexistencia de otros

diagnósticos que compliquen el cuadro historia personal tiempo de evolución de la enfermedad recursos personales etc Y focalizado que trata directamente los problemas investiga los estímulos que los provocan y sus consecuencias y brinda a la persona herramientas y técnicas para ganar control sobre sus síntomas iniciando así el camino para la erradicación de los mismos

El objetivo final es la recuperación de la vida y movilidad normales libre de estados de ansiedad inapropiada o preocupación excesiva Mediante ejercicios de exposición o afrontamiento pensados y diseñados para cada caso en particular

Desde el punto de vista de la terapia cognitiva (segun Aarón Beck) la ansiedad se caracteriza por los siguientes parámetros de la tríada cognitiva

- Visión del futuro como incierto
- Visión del entorno como peligroso
- Visión de uno mismo como carente de capacidad o recursos para superar esos peligros (Obst Camerini 2004)

Si aceptamos que el futuro nunca puede ser absolutamente cierto y observamos que algunas veces la interpretación del entorno como peligroso puede ser exagerada pero otras veces puede ser cierta Siempre será necesario fortalecer la visión de uno mismo como capaz de enfrentar las posibles situaciones futuras Sobre esa base puede desarticularse la demanda absolutista de certidumbre y la no soportitis de la incertidumbre

En resumen un abordaje cognitivo se enfocará en tres objetivos

Aumentar la confianza en la propia capacidad (Bandura la denominó autoeficacia)

Abandonar la demanda absolutista de certidumbre con respecto al futuro (Albert Ellis)

Investigar objetivamente los riesgos reales y desarrollar las aptitudes y planes necesarios para enfrentarlos dentro de lo posible. Lo cual incidirá en facilitar los puntos anteriores (Obst Camerini 2004)

Con respecto a los recursos auxiliares que suelen emplearse en los trastornos de ansiedad podemos citar el aprendizaje de destrezas para el afrontamiento. Ellas son

Respiración diafragmática (y más lenta) y técnicas de relajación

De sensibilización ante el estímulo evocador con respuestas de relajación

Uso de las tarjetas de afrontamiento con frases a recordar

Empleo de distractores

Técnicas cognitivas

Técnicas conductuales

7 Aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual con el modelo de terapia de grupo

En cuanto a la psicoterapia de grupo se conoce que es una forma de aplicación de la terapia a varios pacientes simultáneamente. Es una técnica de tratamiento en la que el cliente integrado en un conjunto de otros clientes y con un profesional como punto de referencia trata de movilizar las actitudes negativas que le dificultan su comunicación y su convivencia con el fin de aliviar sus tensiones emocionales las cuales causan sufrimiento al cliente y a las personas de su entorno social y familiar (<http://www21.brinkster.com/dreugen/htm/def.htm>)

Es un tratamiento científico de naturaleza psicológica que se proporciona a los pacientes que lo necesiten de manera grupal para mejorar su salud mental y calidad de vida. Además, el grupo psicoterapéutico dota a sus miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio y aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual evitando la cronificación y la disminución sintomatología en las áreas afectadas por el trastorno (Dra *Josefina Elizabeth Segura Murga* 2006 <http://www.bibliopsiquis.com>)

Segura Murga (2006) señala que las terapias cognitivo conductual y conductual son efectivas pues

Favorecen la ruptura de la dependencia del terapeuta

Permiten contar con un grupo de pertenencia

- Se tienen más modelos para imitar y aprender**
- Permiten recibir permisos y protección para crecer**
- Permiten prácticas y ensayos para socializar**
- Entrenan para aceptarse y aceptar a los demás**
- Permiten expresar emociones auténticas sin miedo a la crítica**
- Ayudan a superar miedos de hablar en grupo**
- Enseñan a saber escuchar y observar tanto verbal como no verbal**
- Se comparten experiencias**
- Aumentan la capacidad para resolver problemas**
- Se logra información de diversos campos**
- La protección es tanto dentro como fuera del grupo**
- Permiten tomar conciencia del efecto que causa nuestro aspecto físico y forma de comunicarnos con los demás y corregirlas (el feedback)**
- Se obtiene apoyo social para adquirir valores y normas éticos**

En la terapia de grupo se habla de once factores terapéuticos que caracterizan el proceso de sanar: implantar la esperanza, universalidad, impartir información, altruismo, revisión correctiva del grupo, familiar, primario, desarrollo de técnicas de socialización, conducta imitativa, aprendizaje interpersonal, cohesión de grupo, catarsis y factores existenciales. Muchos de estos factores se dan en la terapia individual pero ocurren con mayor intensidad y naturalidad entre iguales. No obstante, hay que tener en cuenta que la ganancia personal en la terapia de grupo va a depender tanto de las características de la persona que acude a la terapia como de las

características y proceso del grupo (Internet <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/>)

La terapia de grupo proporciona tiempo para compartir sentimientos intereses y preocupaciones con otros miembros del grupo provee apoyo de parte de otras personas en el grupo ayudan a los miembros a darse cuenta de que no son los únicos que sufren de problemas o pasan por tiempos difíciles en sus vidas (<http://medschool.ucsf.edu/latino/pdf>)

Psicoterapia cognitiva grupal (Ruiz Juan José Cano Justo 2002

<http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual6.htm>)

Especificidad de los grupos

- a Grupos de psicopatología homogénea preferentemente ya que se trata de modificar distorsiones y supuestos cognitivos similares
- b Formados por un grupo de 5 a 10 sujetos
- c Suelen tener un periodo de 12 sesiones
- d La duración media de las sesiones suele ser de 2 horas
- e Sesiones semanales

Niveles de trabajo en el grupo

Existen dos niveles de trabajo

- a *Trabajo individual* Se seleccionan 3 problemas de 3 pacientes y se les dedica unos 20 minutos a cada paciente el resto del grupo escucha a menos que el terapeuta pida su intervención (p.e. ¿Tu que hubieras pensado en esa situación? ¿Cómo piensas que actuó cómo

crees que tu hubieses actuado? ¿A alguno de ustedes les ha ocurrido algo parecido?

- b *Trabajo de rondas* Se revisan progresos autorregistros individuales tareas para casa Para la ronda se le piden a los pacientes que seleccionen 1 ó 2 situaciones para analizar su afrontamiento cognitivo-conductual

Estructura típica de la sesión de la terapia cognitiva grupal

1ª Fase Introducción de elementos conceptuales y prácticos de la terapia de modo progresivo

Técnicas cognitivas

Técnicas conductuales

2ª Fase Revisión de las tareas para casa

Trabajo por Rondas

Trabajo individual

3ª Fase Resumen y programación de tareas para casa

Tareas individuales

Tareas grupales (comunes)

Consideramos que la terapia cognitivo conductual grupal puede ser un tratamiento psicológico útil práctico y de corta duración que puede beneficiar la salud mental de personas con ansiedad Si se comprueba que es realmente efectiva esto puede servir de base para que se desarrollen intervenciones con esta terapia a aquellas madres de niños(as) con diagnóstico dentro del espectro autista que presenten síntomas ansiosos

IV Aspectos Metodologicos

IV Aspectos Metodologicos

1 Planteamiento del Problema

En la actualidad se observa a nivel mundial un incremento en la cantidad de niños(as) que reciben un diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo o espectro autista

Es una realidad a la cual se tienen que enfrentar numerosas familias. Durante mucho tiempo se ha hecho énfasis en las distintas formas de intervención o terapias para el/la niño(a) con diagnóstico del espectro autista y se ha prestado poca atención al impacto emocional que se da en los padres al encarar la situación.

Algunos estudios realizados revelan ciertos aspectos de las reacciones psicológicas o emocionales en los padres de niños(as) con diagnóstico del espectro autista, pero existe escasa información sobre cómo brindarles apoyo terapéutico o sobre formas de intervención en la búsqueda de velar por su salud mental.

Esta situación se extiende a cualquier nivel socioeconómico y étnico, y en Panamá no se ha observado un abordaje para el beneficio emocional de esta población de padres.

Por otro lado, se encontraron algunas investigaciones de otros países que indican que la terapia cognitivo conductual es efectiva como tratamiento psicológico para los trastornos de ansiedad, como lo expone Vicente Caballo.

(1997) en el libro Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos Por otra parte la investigación realizada por Denise Orme 2005 presenta una intervención cognitiva con un grupo de madres de niños(as) con síndrome de Down y autismo para lograr una mejor adaptación a la realidad (www.nova.edu/ssss/QRS/QR10_3/orme.pdf)

Lo que se desea conocer es si esta terapia es efectiva también para reducir la ansiedad en madres de niños(as) con diagnóstico del espectro autista Por lo tanto nos preguntamos

¿Será efectiva la psicoterapia cognitiva conductual grupal para reducir la ansiedad en madres de niños(as) con diagnóstico dentro del espectro autista?

2 Justificación

La terapia cognitivo conductual según sus autores y estudios realizados es un tratamiento efectivo para lograr mejorías de los síntomas en pacientes depresivos y con ansiedad (Internet <http://www.psychothema.com>) Es un tipo de tratamiento psicológico se considera práctico para el abordaje en el tipo de casos que se atenderán en esta investigación

Esta investigación busca comprobar si la terapia cognitivo conductual en forma grupal que se aplicará como intervención psicológica puede lograr ser efectiva venciendo los síntomas ansiosos y aun a pesar de que la realidad del diagnóstico del niño(a) el ambiente o condiciones de vida no cambien las creencias y sentimientos ante la vida en general sí lo hagan favoreciendo

la recuperación psicológica y mental de las madres. El grupo experimental recibirá el tratamiento mientras que al grupo control se le dará el seguimiento u orientación institucional acostumbrada. De esta forma se podrá comparar los resultados del abordaje institucional y los resultados al aplicar un tratamiento más definido y estructurado como la terapia cognitivo conductual grupal.

Se considera que podría ser un aporte para nuestro país y para la población de madres afectadas emocionalmente por las implicaciones del diagnóstico de su hijo(a). Se espera motivar a otros especialistas a realizar estudios o intervenciones relacionados con este tema para que una mayor población sea beneficiada.

Los resultados serían transmitidos en primer lugar en la Universidad de Panamá como sustentación de tesis y luego se expondrán en un seminario que organiza la Fundación Soy Capaz para difundirlo a otros profesionales de la salud mental promoviendo el interés en dar el adecuado soporte emocional a los padres que atraviesan la situación ya señalada.

Pero lo más importante se busca que las principales beneficiadas sean aquellas mujeres que participarán en el estudio.

Además los resultados de esta investigación pueden servir como referencia para el desarrollo de otras investigaciones en esta área de la Psicología Clínica.

3 Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Evaluar la efectividad de la psicoterapia cognitivo conductual grupal como tratamiento para reducir el nivel de ansiedad en madres cuyos(as) hijos(as) presentan un diagnóstico dentro del espectro autista

Objetivos Específicos

Determinar si luego de recibir la psicoterapia cognitivo conductual grupal los índices de ansiedad que obtuvieron las madres del grupo experimental en la post prueba son menores que los índices de ansiedad que obtuvieron en la pre prueba

Verificar si luego del seguimiento institucional (no tratamiento) los índices de ansiedad que obtuvieron las madres del grupo control en la post prueba son igual o mayores a los índices de ansiedad que obtuvieron en la pre-prueba

Conocer si los índices de ansiedad que obtuvieron las madres del grupo experimental en la post prueba son menores a los índices de ansiedad que obtuvieron las del grupo control en la post prueba

Describir y comparar los resultados relacionados al nivel de ansiedad clínica que presentaron las madres del grupo experimental y las que presentaron las del grupo control al finalizar el período de intervención

Establecer conclusiones con base a los resultados obtenidos en la investigación

4 Definición de las variables

A Variable Independiente Psicoterapia cognitiva conductual grupal

Definición conceptual Es un procedimiento altamente estructurado diseñado por Beck (1995) con un promedio de 10-12 sesiones que se concibe como un enfoque psicoeducativo y clínico diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas (Beck, Rush, Shaw & Emery 1979/1983, Sacco & Beck 1995). En esta investigación la psicoterapia se complementó con la modalidad grupal diseñada por Ruiz, Juan José Cano Justo (2002).

Definición operacional Psicoterapia de enfoque cognitivo conductual de Beck, modalidad grupal de 10 sesiones una vez o dos veces a la semana (en un período de 2 horas) por 2 meses (Véase Anexos).

B Variable Dependiente Ansiedad

Definición conceptual La definición de la ansiedad suele hacerse en términos fenomenológicos (subjetivos) basada en el planteamiento de Spielberger, Pollans y Worden (1984) quienes definen el estado de ansiedad como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo.

Definición operacional

Puntuación del nivel de intensidad de los síntomas ansiosos segun los criterios evaluados en la Escala de Ansiedad Clínica de Snaith (1986) en un nivel de 5 a 28 Entre los cuales están los siguientes

- a Tensión psíquica
- b Habilidad para relajarse
- c Respuesta estimular exagerada (hiperexcitabilidad)
- d Preocupación
- e Aprensión
- f Inquietud motora
- g Ataques de pánico

5 Hipótesis de la Investigacion

Con base a la información expresada en el planteamiento del problema justificación y fundamentación teórica para esta investigación se elaboraron hipótesis de investigación e hipótesis estadísticas

A continuación se detallan las hipótesis de esta investigación

A Hipótesis de investigación

Luego de aplicar la psicoterapia cognitiva conductual grupal se disminuirá el nivel de ansiedad que presentan las madres cuyos(as) hijos(as) tienen un diagnóstico dentro del espectro autista

B Hipótesis Estadísticas

A = Ansiedad

Exp = Grupo Experimental

Control = Grupo Control

Hipótesis Estadística N 1

$$H_1 \quad \overline{X} \text{ A Exp Antes} = \overline{X} \text{ A Control Antes}$$

$$H_0 \quad \overline{X} \text{ A Exp Antes} \neq \overline{X} \text{ A Control Antes}$$

Hipótesis Estadística N 2

$$H_0 \quad \overline{X} \text{ A Exp Antes} \leq \overline{X} \text{ A Exp Después}$$

$$H_1 \quad \overline{X} \text{ A Exp Antes} > \overline{X} \text{ A Exp Después}$$

Hipótesis Estadística N 3

$$H_0 \quad \overline{X} \text{ A Control Antes} = \overline{X} \text{ A Control Después}$$

$$H_1 \quad \overline{X} \text{ A Control Antes} \neq \overline{X} \text{ A Control Después}$$

Hipótesis Estadística N 4

$$H_0 \quad \overline{X} \text{ A Control Después} \leq \overline{X} \text{ A Exp Después}$$

$$H_1 \quad \overline{X} \text{ A Control Después} > \overline{X} \text{ A Exp Después}$$

definir precisamente del universo de estudio quiénes presentaban índices de ansiedad estableciendo así la población específica a estudiar De allí entonces se procedió a realizar la selección a los grupos según disponibilidad e interés de las madres

Luego al finalizar el período de psicoterapia al grupo experimental se le aplicó una post prueba a ambos grupos para analizar los puntajes de cada grupo y probar las hipótesis planteadas en este estudio

La asignación de las madres con síntomas ansiosos a los grupos control y experimental fue de forma no aleatoria dependió de la posibilidad de asistencia a las sesiones de la intervención terapéutica Se esperaba que la existencia del grupo control permitiera evaluar la efectividad del tratamiento

7 Población y muestra

La Población del estudio está constituida por 12 madres que presentan síntomas ansiosos obteniendo un puntaje de 5 a 28 en la Escala de Ansiedad Clínica y sus hijos(as) tienen edades entre 3 y 10 años y han sido diagnosticados dentro del espectro autista

De esas 12 personas se asignaron 6 al grupo experimental y 6 al grupo control Las que se asignaron al grupo experimental fueron las que se comprometieron a participar en la terapia y las que no podían comprometerse por vanas causas se les asignó al grupo control Luego la asignación a ambos grupos no fue de forma aleatoria

8 Selección de la muestra y recolección de la información

Se procedió a revisar la base de datos de la Fundación Soy Capaz y se revisó la lista de las madres que habían tenido o continuaban teniendo contacto con la fundación ya sea porque llevaban a sus hijos(as) a algunas actividades del lugar querían orientación o se notaron interesadas en participar de la terapia de grupo para madres

Se seleccionaron aquellas madres cuyos hijos(as) se encuentran en edades entre 3 y 10 años

Se les llamó para darles una cita individual y realizar una entrevista psicológica clínica (para conocer sus antecedentes historia personal y familiar) y también aplicar la Escala de Ansiedad Clínica

Al realizar las llamadas muchas mencionaban que les era complicado asistir por la agenda tan apretada ante las múltiples terapias que recibía el niño(a) o porque no contaban con alguien que pudiera cuidar de su hijo(a)

Se realizaron 5 entrevistas individuales (en el período de tres semanas aproximadamente) y sólo 2 madres habían aceptado el compromiso de asistir a todas las sesiones

Sin embargo la cantidad de madres no era suficiente para establecer un grupo experimental y un grupo control

Por esa razón se procedió a hacer contactos con diferentes instituciones clínicas centros escuelas y especialistas que atendieran casos de autismo para poder contactar a más madres que estuvieran interesadas en participar de la terapia de grupo en la Fundación Soy Capaz Incluso se elaboraron anuncios circulares y afiches que fueron repartidos a las madres de niños(as) con TEA que asistían a estos lugares

Los lugares y personas con quienes se hizo contacto fueron las siguientes

Centro Terapéutico Integral Logros Psic Ana Elisa Villalaz (Psicóloga Clínica y Especialista en Modificación de Conducta Coordinadora de Programas de Tratamiento para niños(as) con TEA)

Psic Licedys Rodríguez Especialista en modificación conductual y en tratamiento para niños(as) con TEA

Psic María Victoria Valencia Especialista en modificación conductual y en tratamiento para niños(as) con TEA

Psic Lissett Basmeson Especialista en modificación conductual y en tratamiento para niños(as) con TEA

MEDUCA Psic Ariadna de Ponce Coordinadora de Enlace de Inclusión en las escuelas

Hospital del Niño Dra Nons Moreno De Flagge (Neuróloga) (Sin embargo la mayoría de las madres que se conocieron en el Hospital del Niño provenían de otras provincias del país y se les dificultaba el acceso a las reuniones en la fundación)

IPHE Psicóloga Lil Cheng

Colegios privados con programa de inclusión

- oEl Colegio de Panamá

- oPanamerican School Psic Flora Griffith de Olivero y Educadora Especial Ileana Castillo

- oColegio Brader Psic Caridad Cal

- oThe Oxford School Psic Maribel Cardoze

- oMontesson Psic Mailen Hernández

- oSmart Academy Psic Olatz de Lombardo

A través de estos contactos 13 madres se aproximaron o llamaron a la Fundación Soy Capaz con el interés de participar de la terapia de grupo. 1 presentó criterio de exclusión y quedaron 12 madres en total. Se elaboró una lista con las madres interesadas y se establecieron citas individuales para conocerlas, realizar la evaluación clínica y aplicar el pre test. Se les explicó en qué consistía la terapia de grupo, la duración y se les preguntó si tenían el interés de participar en la investigación.

Esta fase tuvo una duración de dos meses aproximadamente. Se realizaron las entrevistas individuales, se calificaron las pruebas y se determinó la existencia de rasgos ansiosos o no en cada participante, tomando en cuenta esto como la pre-prueba del estudio. De esta forma se revisaron los datos, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Es así como se elaboró una lista con las madres que cumplían con los criterios de inclusión. Aquellas que presentaban algunos de los criterios para ser excluidas de la investigación fueron referidas a la institución (Fundación Soy Capaz) para que pudieran recibir seguimiento y de ser necesario fueran debidamente atendidas por un psicólogo y/o psiquiatra.

9 Criterios de Inclusión y Exclusión

o Criterios de Inclusión

Ser madres de niños(as) con edades entre 3 y 10 años con diagnóstico del espectro autista.

Presentar ansiedad de leve a moderado (puntaje de 5 a 28 en la Escala de Ansiedad Clínica).

Aceptar participar de la aplicación de la intervención cognitiva conductual.

○ *Criterios de Exclusión*

Estar embarazada

Presentar problemas de adicción o uso de drogas (excepto cigarrillo)

Padecer otro trastorno psiquiátrico (además de los síntomas ansiosos) como delirium demencia esquizofrenia trastornos psicóticos trastornos disociativos

Presentar ansiedad grave En ese caso se referiría a psiquiatría para evaluar necesidad de tratamiento farmacológico

Estar tomando algun medicamento como parte de tratamiento psiquiátrico

Estar tomando algun medicamento como parte de tratamiento médico que se tenga conocimiento que produzca efectos secundarios de ansiedad

Que la aparición de los síntomas ansiosos sea consecuencia secundaria orgánica de padecer una enfermedad médica (trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica)

Rechazar el participar de la aplicación de la intervención cognitiva conductual

Presencia de ideación suicida frecuente y grave o intentos de suicidio anterior a dos meses o menos (se referirá a psiquiatría)

Que sus hijos(as) tengan una edad mucho mayor o menor de la establecida en el estudio

Que estén recibiendo alguna otra intervención psicológica externa

10 Psicoterapia propuesta

La psicoterapia que se ha propuesto como tratamiento para las madres que presentan ansiedad y cuyos hijos(as) tienen un diagnóstico dentro del espectro autista es la psicoterapia cognitiva conductual grupal la cual se realizó en la Fundación Soy Capaz. La psicoterapia se aplicó en 10 sesiones una vez o dos veces a la semana en un período de 2 horas por 2 meses. La responsable de la intervención además de la encargada de la investigación fue la Lic. Stephanie Cruz, psicóloga general, optando por el título de Magíster en Psicología Clínica.

Se plantea a psicoterapia cognitiva conductual de Beck (1995) complementada con la modalidad grupal diseñada por Ruiz Juan José Cano Justo (2002).

El proceso de cambio que se da en el paciente a través de la terapia cognitivo – conductual se explica en tres etapas. En la primera etapa se le da un entrenamiento al cliente para que sea un mejor observador de su propia conducta. La segunda etapa permite que el individuo desarrolle pensamientos y conductas adaptadas incompatibles con las anteriores y la tercera etapa constituye lo que el cliente piensa (cogniciones) y siente (sentimientos) respecto al cambio.

Se añadió dentro del proceso terapéutico el desarrollo de un cuadro sobre la conceptualización del estado cognitivo elaborado por el Dr. Isaias Madrid Panamá 2008 (Ver Anexos).

La modalidad grupal diseñada por Ruiz Juan José Cano Justo (2002) consiste en tratar de modificar distorsiones y supuestos cognitivos similares en dos niveles de trabajo.

Trabajo individual Se seleccionan 3 problemas de 3 pacientes y se les dedica unos 20 minutos a cada paciente el grupo escucha el terapeuta puede pedir intervenciones (p.e. ¿Tu que hubieras pensado en esa situación? ¿Cómo piensas que actuó cómo crees que tu hubieses actuado? ¿A alguno de ustedes les ha ocurrido algo parecido?

Trabajo de rondas Se revisan progresos autorregistros individuales tareas para casa Para la ronda se le piden a los pacientes que seleccionen 1 ó 2 situaciones para analizar su afrontamiento cognitivo-conductual

La estructura típica de la sesión de la terapia cognitiva grupal se desarrolla en tres fases **1ª Fase** Introducción de elementos conceptuales y prácticos de la terapia de modo progresivo **2ª Fase** Revisión de las tareas para casa **3ª Fase** Resumen y programación de tareas para casa

11 Recolección de los datos

Base de datos e información de los archivos y de la computadora de la Fundación Soy Capaz sobre las madres que asisten a la fundación con sus hijos(as)

Personas que puedan ser fuentes de información como personas que trabajan en la fundación centros escuelas familiares especialistas (de ser necesano)

Instrumentos a utilizar

Escala de Ansiedad Clínica de Snaith 1986

Una de las técnicas a utilizar es la Escala de Ansiedad Clínica de Snaith (1986) la cual es una adaptación de la Escala de Hamilton para determinar la existencia de rasgos ansiosos de forma cuantitativa y para realizar los análisis estadísticos de la investigación

La misma fue desarrollada a partir de la Escala de Hamilton para la Ansiedad para evaluar de forma breve la presencia y gravedad de los síntomas de los distintos trastornos de ansiedad en el ámbito de la atención ambulatoria tanto especializada como de atención primaria

Consta de 7 ítems que evalúan principalmente síntomas cognitivos de ansiedad como tensión psíquica y muscular aprensión preocupación hiperexcitabilidad inquietud motora y ataques de pánico

Se trata de un instrumento heteroaplicado La psicóloga hacía la pregunta y la paciente respondía verbalmente para llenar la escala Cada ítem ha de ser valorado y puntuado por el clínico según una escala tipo Likert de 5 grados de intensidad y frecuencia de 0 (ausente) a 4 (el síntoma presente en grado extremo y la mayor parte del tiempo)

El marco de referencia temporal es el momento actual (dos últimos días) Se ha utilizado para estimar cambios tras algunos meses de tratamiento Se encuentra validada en español (Bulbena y cols 2003)

Corrección e Interpretación

Proporciona una puntuación global suma de las puntuaciones en los 7 ítems El rango de puntuación posible oscila entre 0 y 28 puntos

No existen puntos de corte adaptados a Latinoamérica a mayor puntuación mayor gravedad de la sintomatología ansiosa

Los autores originales (Snaith y cols 1986) proponen los siguientes puntos de corte

0 – 4 puntos No ansiedad o remisión clínica

5 – 10 puntos Ansiedad leve

11 – 16 Ansiedad moderada

17 – 28 ansiedad grave

Evaluación clínica y conceptualización desde la perspectiva cognitiva conductual (Ver Anexos) Este método cualitativo para recolectar información fue desarrollado por Maldonado (1990) y revisado por Karatos (1991)

Información pertinente sobre datos generales antecedentes
anamnesis personal familiar psicológica etc

La historia clínica suele tener el siguiente formato

o Datos de filiación (Nombre edad trabajo etc)

o Enumeración de los síntomas

Nivel cognitivo

Nivel afectivo

Nivel conductual

Nivel motivacional

Nivel físico

Datos objetivos

- Áreas afectadas en la vida del sujeto (Trabajo familia)
- Historia de la queja actual y episodios previos
- Otros problemas (Trabajo matrimonio)
- Historia familiar
- Historia personal

Conceptualización de los Problemas de Beck

- Evaluaciones inadecuadas de los hechos Se refiere al tipo de distorsiones cognitivas que aparecen en el sujeto problema en cuestión
- Atribuciones Inadecuadas Se refiere a atribuciones causales erróneas que mantiene el sujeto sobre su conducta la de los demás y los eventos Creencias causales erróneas
- Autoevaluaciones Inadecuadas Se refiere a los conceptos imágenes y autovaloraciones erróneas que mantiene el sujeto al describirse a sí mismo
- Expectativas Irrealistas Se refiere a las predicciones erróneas o inadecuadas que mantiene el sujeto sobre lo que puede esperar de los demás el terapeuta o la terapia
- Conductas Maladaptativas Se refiere a las estrategias de acción inadecuadas o deficientes usadas o deficientes usadas por el sujeto para resolver sus problemas (por ejemplo aislamiento)
- Necesidades De Resolución De Problemas Reales Se refiere a condiciones reales de deficiencia o inadecuación (por ejemplo problemas legales o económicos y que el terapeuta puede orientar para su resolución

- **Supuestos Personales** Se refiere a las creencias tácitas asunciones o reglas que el sujeto utiliza para conceptualizar su realidad y a sí mismo y que constituye el factor nuclear de vulnerabilidad personal
- **Esquemas tempranos** Se refiere a asunciones o supuestos relacionados con el Supuesto Central del problema y que se generaron en épocas tempranas de la vida del sujeto

12 Datos sobre los procedimientos durante la investigación

Originalmente se había considerado como universo de estudio a las madres con estas características que asistían a la Fundación Soy Capaz Sin embargo debido a que la cantidad de personas no era suficiente para la selección de la muestra se procedió a hacer contactos con otros lugares donde se pudiera encontrar esta población (lo cual fue explicado en detalle en el punto de selección de la muestra y recolección de la información)

La selección para los grupos fue no aleatoria Todas estaban interesadas en participar sin embargo algunas se observaban más comprometidas y dispuestas a participar de todas las sesiones otras no podían garantizar su asistencia completa a todas las reuniones y algunas estaban ocupadas con las terapias de sus hijos(as) y querían esperar la siguiente fase de grupo (es decir cuando se aplicará la terapia al grupo control) A pesar de no ser una forma totalmente experimental de selección era una manera de tratar de garantizar la asistencia de la muestra durante el proceso terapéutico

Posteriormente la intervención psicológica consistió en aplicar la intervención cognitiva conductual grupal a las del grupo experimental y las del grupo control recibieron un seguimiento institucional que se acostumbra

brindar como apoyo social y orientación psicoeducativa en la Fundación Soy Capaz (tratamiento de rutina o estándar)

La aplicación de la post prueba permitiría determinar de forma cuantitativa el nivel de ansiedad que presentaban las madres de la muestra luego de recibir la intervención o no y realizar así los respectivos análisis estadísticos según los objetivos e hipótesis establecidas en la investigación. Además se evaluó de forma clínica la disminución o no de los síntomas ansiosos luego de la aplicación de la intervención o no para realizar así un análisis cualitativo y descriptivo según los objetivos e hipótesis que se formularon en el estudio.

13 Plan para Prueba de Hipótesis

Prueba t para medias dependientes Prueba de hipótesis a una cola nivel de significación de 0.05 Para las hipótesis donde se evalúen los cambios de las medias de los índices de la preprueba y la postprueba de un mismo grupo (Segunda y tercera hipótesis de investigación)

Prueba t para medias independientes Prueba de hipótesis a dos colas nivel de significación de 0.05 para la primera hipótesis de investigación y a una cola para la cuarta hipótesis de investigación donde se evalúan la diferencia de las medias del grupo experimental y del grupo control en relación a los índices obtenidos en la postprueba

Criterios para probar las hipótesis

Criterio # 1 Si el valor calculado es mayor que el valor de la tabla entonces se rechaza la hipótesis nula

Criterio # 2 Si el valor calculado es igual o menor que el valor de la tabla entonces se acepta la hipótesis nula

V Resultados y Discusión

V Resultados y Discusion

1 Caracteristicas generales de la muestra

CUADRO I LISTA DE LOS GRUPOS

Grupo Experimental	Grupo Control
I A	M B
L B	L B
Y H	N E
L L	A P
K M	R S
B R	F V

CUADRO II DATOS GENERALES DEL GRUPO EXPERIMENTAL

iniciales	Edad	Educación / Ocupación	Edades de Hijos(as) y sexo	Estado Civil	Vive con	Nivel de Ansiedad
A	40	Ama de casa Tutora de su hijo en la escuela	8 M (TGD no especif) 2 F	Casada	Esposo e hijos	Moderada
B	41	Lic en Economía Ama de casa	16 M 12 M 9F (Autismo) 7 F	Casada	Esposo e hijos	Moderada
H	36	Estud Universitarios de administración Ventas de materiales y acabados	6M (Asperger) 2 F	Casada	Esposo hijos y suegra	Moderada
L	36	3er año Ama de casa Realiza manualidades	16 F 8 M (Autismo)	Viuda	Hijos	Moderada
M	40	Coordinadora de Avaluos de Propiedades	6 M 3F (Autismo)	Casada	Esposo madre e hijos (Extranjera vive en Panamá hace 10 años)	Leve

B R	34	Ing Electncista Ama de Casa	15 F 6M (T G D no especific)	Casada (2do matrim)	Esposo e hijos (Extranjera vive en Panamá hace 2 años)	Moderada
-----	----	-----------------------------------	--	----------------------------	---	----------

Fuente Entrevista a las madres

CUADRO III DATOS GENERALES DEL GRUPO CONTROL

Iniciales	Edad	Educación / Ocupación	Edades de Hijos(as) y sexo	Estado Civil	Vive con	Nivel de Ansiedad
M B	47	Maestría en Finanzas Analista de Presupuestos	8 M (TGD no espec)	Casada	Esposo padres e hijo	Leve
L B	33	Empresaria y ama de casa	5M (Autismo) 4 F	(Viuda 1er matrimonio) Casada	Esposo e hijos (Extranjera vive hace 4 años en Panamá)	Moderada
N E	43	Lic en Finanzas y Maestría en Administración de Empresas	9 M 5M (Autismo)	Casada	Esposo hijos y madre	Leve
A P	34	Empresaria	4 M 3 F (Autismo)	Casada	Esposo e hijos	Moderada
R S	44	Lic en Administración de Empresas Ama de Casa	7 M (TGD no especific)	Casada	Esposo e hijo	Moderada
F V	44	Médico Intensivista	8M (Asperger)	Casada (2do matrim)	Esposo e hijos (Extranjera vive en Panamá hace 2 años)	Leve

Fuente Entrevista a las madres

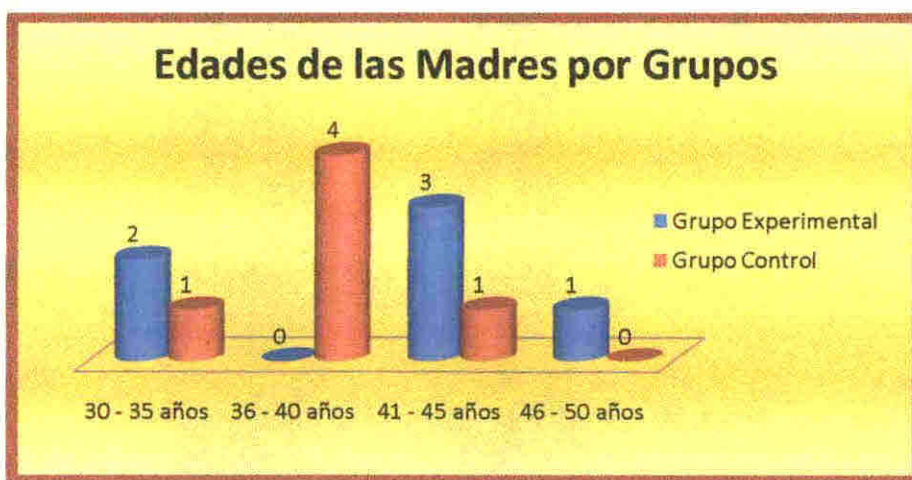
GRÁFICA N° 1: EDADES DE LAS MADRES



Fuente: Entrevista

La mayoría de las madres de la muestra general, es decir ambos grupos, experimental y control, se encuentran en un rango de edad entre 41 – 45 años (50%); y un 25% tienen edades entre los 30 y 35 años.

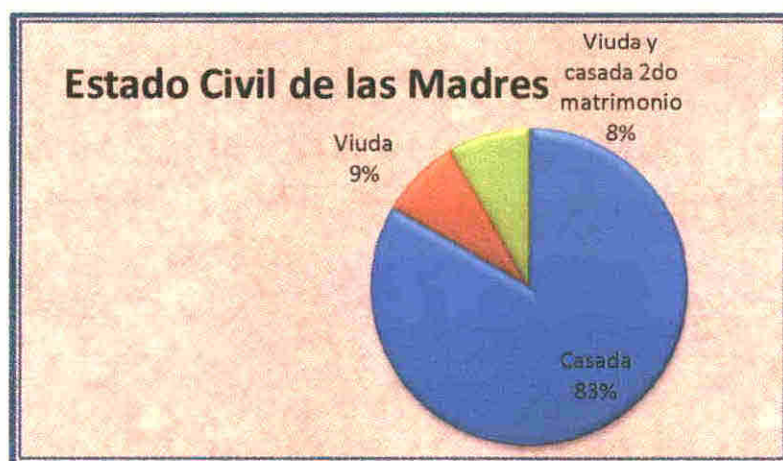
GRÁFICA N° 2: EDADES DE LAS MADRES POR GRUPOS



Fuente: Entrevista

La mayoría de las madres del grupo experimental se encuentran en un rango de edad entre 41 y 45 años; y 30 – 35 años. La mayoría de las madres del grupo control tienen un rango de edad de 36 a 40 años.

GRÁFICA N° 3: ESTADO CIVIL DE LAS MADRES



Fuente: Entrevista

La única madre viuda y que vive sola con sus hijos, forma parte del grupo experimental. El resto de las madres viven con sus esposos e hijos(as). Sólo dos madres mencionaron tener dificultades serias en las relación de pareja con sus esposos (ambas del grupo experimental).

GRÁFICA N° 4: NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES



Fuente: Entrevista

La mayoría de las madres (42%) tienen estudios de licenciatura y maestría. Un 33% tiene estudios universitarios, y solo un 25% estudios secundarios. Se observa que la mayoría son mujeres profesionales.

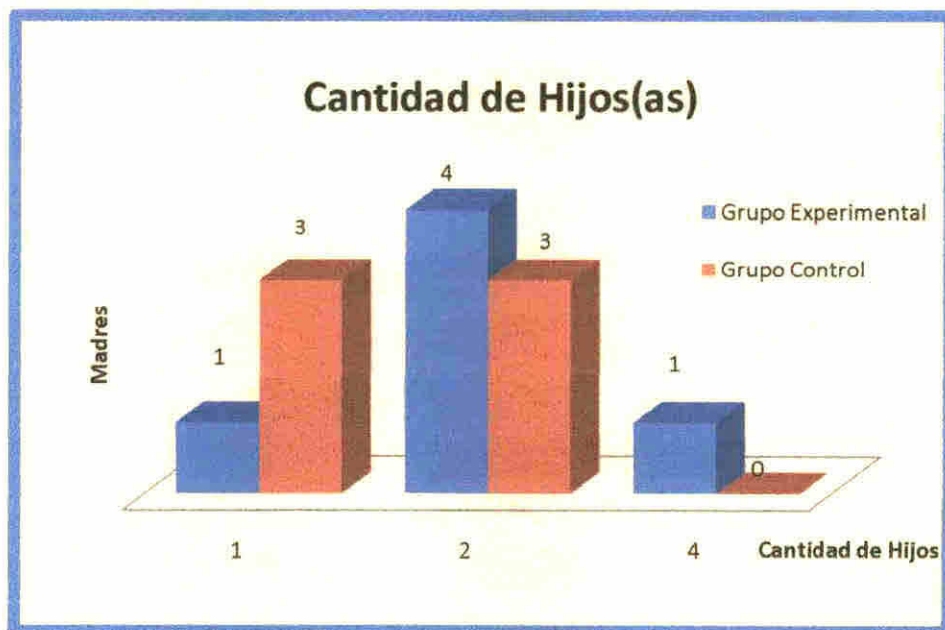
GRÁFICA N° 6: CANTIDAD DE HIJOS(AS) DE LA MUESTRA GENERAL



Fuente: Entrevista

Un 59 % de las madres (7 de ellas) tienen dos hijos(as), un 33% tienen un hijo, y una de las madres tiene cuatro hijos(as).

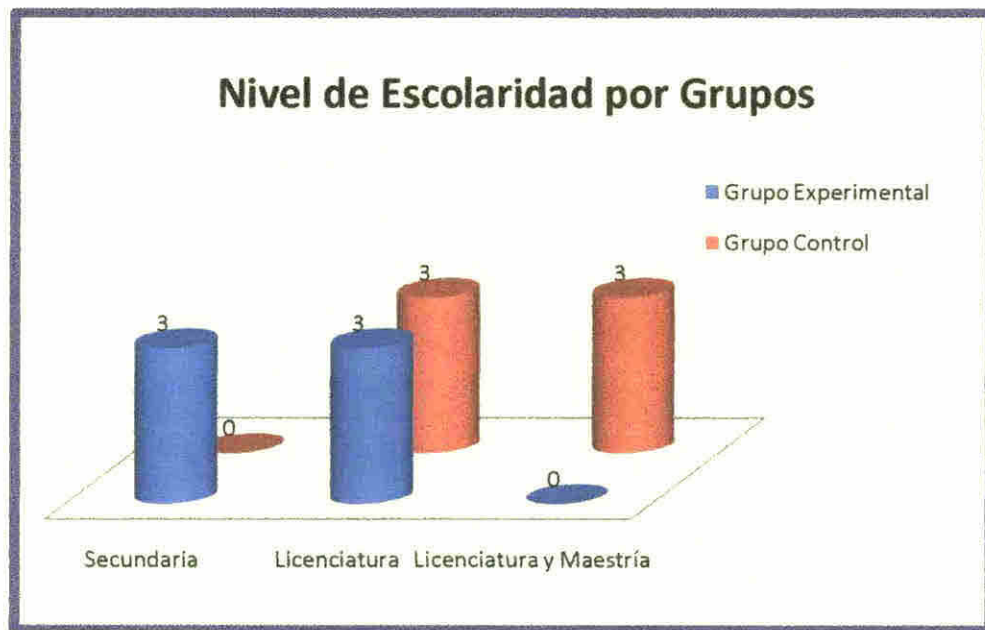
GRÁFICA N° 7: CANTIDAD DE HIJOS(AS)



Fuente: Entrevista

En el grupo experimental se observa que cuatro madres tienen dos hijos(as), una tiene un hijo, y una tiene cuatro hijos(as).

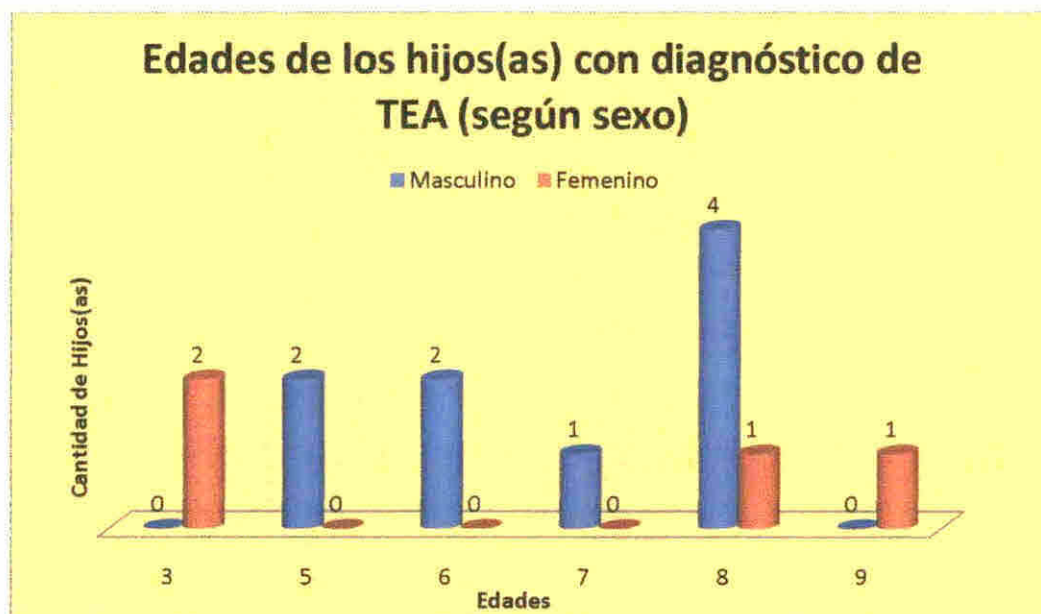
GRÁFICA N° 5: NIVEL DE ESCOLARIDAD POR GRUPOS



Fuente: Entrevista

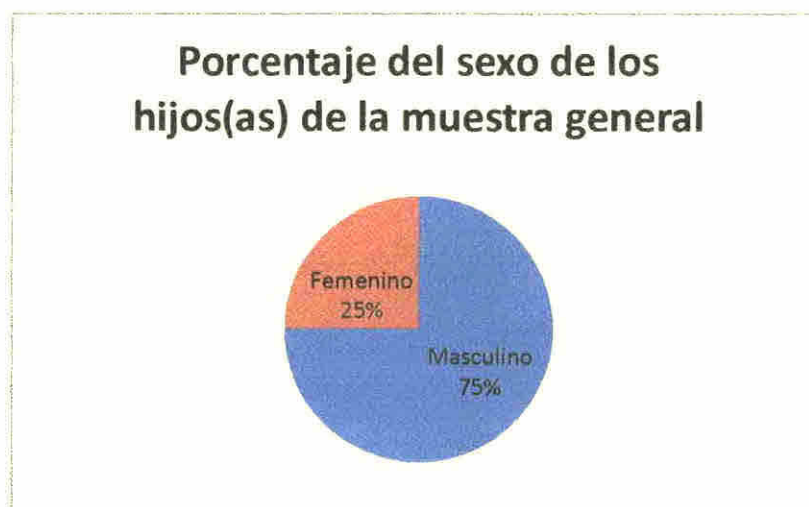
Tres de las madres del grupo experimental y una del grupo control, tomaron la decisión de dedicarse a la administración del hogar, la agenda de las terapias de sus hijos(as), y enfocarse en todo lo que implica el programa de tratamiento del niño(a). Una de las madres del grupo experimental es la tutora de su hijo(a) en la escuela (se observó que esta situación, al compartirlo en las sesiones, le está generando un alto nivel de estrés y le preocupa cuando observa que su hijo presenta conductas inadecuadas en la escuela, se frustra al no saber qué hacer, o al notar la dependencia que tiene hacia ella).

GRÁFICA N° 8: EDADES DE LOS HIJOS(AS) CON DIAGNÓSTICO DE TEA (SEGÚN SEXO)



Fuente: Entrevista

GRÁFICA N° 9: PORCENTAJE DEL SEXO DE LOS HIJOS(AS) DE LA MUESTRA GENERAL



Fuente: Entrevista

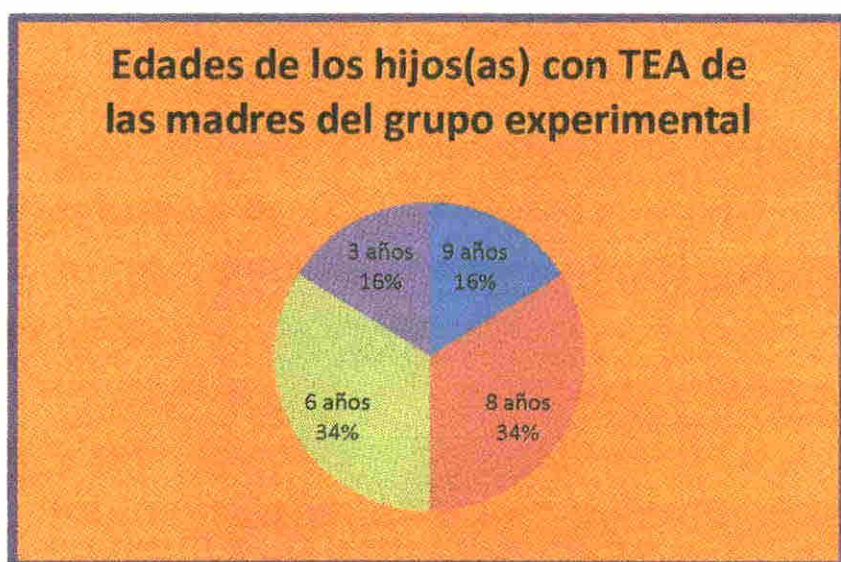
La mayoría de los hijos de las madres de ambos grupos son varones (75%), y la mayoría tiene una edad de 8 años, seguidos por un rango entre 5 y 6 años.

GRÁFICA N° 10: CANTIDAD DE HIJOS(AS) DEL GRUPO EXPERIMENTAL SEGÚN EL SEXO



Fuente: Entrevista

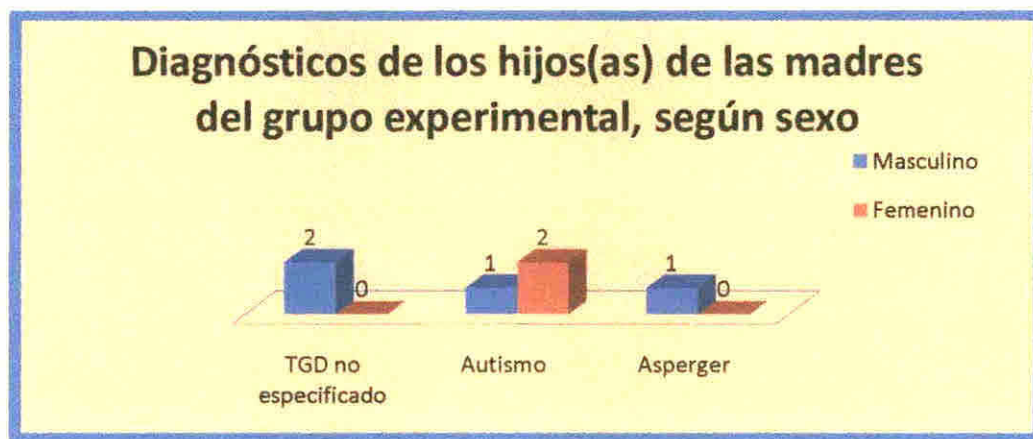
GRÁFICA N° 11: EDADES DE LOS HIJOS(AS) CON TEA DE LAS MADRES DEL GRUPO EXPERIMENTAL



Fuente: Entrevista

El 68% de los hijos(as) con diagnóstico de TEA, de las madres del grupo experimental tienen una edad de 6 y 8 años

GRÁFICA N° 12: DIAGNÓSTICOS DE LOS HIJOS(AS) DE LAS MADRES DEL GRUPO EXPERIMENTAL, SEGÚN EL SEXO



Fuente: Entrevista

En el grupo experimental, había dos casos de niños con TGD no especificado (de sexo masculino), tres casos de autismo (dos de sexo femenino, y uno de sexo masculino), y un caso de asperger (de sexo masculino).

GRÁFICA N° 13: DIAGNÓSTICOS DE LOS HIJOS(AS) DE LAS MADRES DEL GRUPO CONTROL, POR SEXO



Fuente: Entrevista

En el grupo control, había dos casos de niños con TGD no especificado (de sexo masculino), tres casos de autismo (uno de sexo femenino, y dos de sexo masculino), y un caso de asperger (de sexo masculino).

2. Resultados de la aplicación de instrumento (Pre y Post Prueba) - Escala de Ansiedad Clínica (CAS) de Snaith, 1986

❖ Valoración de los síntomas medidos a través de la Escala de Ansiedad Clínica de Snaith (CAS)

A continuación se presentan la valoración de los síntomas ansiosos antes y después de la intervención psicológica realizada, de cada participante de los grupos experimental, y control (que no recibió tratamiento); y luego se presentarán los datos generales de los grupos. Estos datos están basados en el instrumento CAS, Escala de Ansiedad Clínica de Snaith. Las puntuaciones de intensidad para cada síntoma eran de 0 a 4 (de menor a mayor).

▪ Grupo Experimental

CUADRO IV: VALORACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS DE LA PACIENTE I.A.

Grupo Experimental	I.A.	Antes	Después
	Tensión Psíquica	2	1
	Habilidad para Relajarse	2	0
	Respuesta Estimular Exagerada	1	0
	Preocupación	2	0
	Aprensión	1	1
	Inquietud Motora	1	0
	Ataques de Pánico	1	1
	Total	10	3

Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

La paciente I.A. participó de todas las sesiones, y mostró un interés significativo en aplicar los conocimientos aprendidos en la terapia, e hizo esfuerzos por realizar cambios cognitivos y conductuales. Su nivel de ansiedad moderado (10 puntos), disminuyó a un puntaje de 3 valorado como: sin ansiedad. I.A. logró desarrollar una mayor capacidad para relajarse, eliminar preocupaciones no racionales, y reducir la respuesta estimular exagerada. La mayoría de los puntajes de los síntomas ansiosos disminuyeron, manteniéndose los ligeros aumentos episódicos de ansiedad que son desencadenados sólo por sucesos o actividades específicas (señalado en la prueba como ataques de pánico).

CUADRO V: VALORACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS DE LA PACIENTE L.B.

Grupo Experimental	L.B.	Antes	Después
	Tensión Psíquica	3	2
	Habilidad para Relajarse	3	1
	Respuesta Estimular Exagerada	1	1
	Preocupación	2	1
	Aprensión	1	0
	Inquietud Motora	4	1
	Ataques de Pánico	1	1
	Total	15	7

Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

La paciente L.B. participó de todas las sesiones. Su puntaje inicial fue de 15, indicando un nivel de ansiedad moderado. Presentaba una inquietud significativa, esto evaluado también a través de lo que compartía y conversaba en las sesiones; buscaba siempre estar involucrada en actividades y tener el control de cada aspecto familiar. Tiene cuatro hijos y es ama de casa. L.B. también realizaba un esfuerzo por aplicar los conocimientos aprendidos en la terapia, y comentaba cómo desarrollaba las tareas experimentales y conductuales en casa. Se observaba su interés y disposición para lograr una mejoría. Luego de la intervención el nivel de ansiedad disminuyó a leve. Se eliminó el síntoma de aprensión, y la mayoría de los síntomas se mantuvieron, pero a un menor nivel de intensidad.

CUADRO VI: VALORACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS DE LA PACIENTE Y.H.

Grupo Experimental	Y.H.	Antes	Después
	Tensión Psíquica	2	1
	Habilidad para Relajarse	1	0
	Respuesta Estimular Exagerada	2	1
	Preocupación	1	1
	Aprensión	3	1
	Inquietud Motora	1	1
	Ataques de Pánico	1	0
	Total	11	5

Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

La paciente Y.H. al inicio reflejaba cierta dificultad para el manejo de emociones como la ira, rabia, frustración, y manifestaba que tenía la tendencia a reaccionar de manera un poco agresiva. Sin embargo, a través del proceso terapéutico, se fueron observando cambios cognitivos y conductuales, y relataba experiencias en donde había aplicado los principios de la terapia, y consideraba que obtuvo resultados beneficiosos. Su nivel de ansiedad inicial era moderado y al finalizar la terapia disminuyó a leve. A pesar de haber faltado a cuatro sesiones, reflejaba mucho interés en aplicar lo aprendido. Aumentó su habilidad para relajarse, y se eliminaron los síntomas de ataques de pánico; el resto de los síntomas se mantuvieron, pero a un menor nivel.

CUADRO VII: VALORACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS DE LA PACIENTE L.L.

Grupo Experimental	L.L.	Antes	Después
	Tensión Psíquica	3	2
	Habilidad para Relajarse	2	1
	Respuesta Estimular Exagerada	2	1
	Preocupación	4	3
	Aprensión	3	2
	Inquietud Motora	1	1
	Ataques de Pánico	1	1
	Total	16	11

Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

La paciente L.L. tenía la tendencia a visualizar cada evento de forma negativa, y utilizaba principalmente la distorsión cognitiva de catastrofización. Le era difícil comprender algunos principios de la terapia cognitiva conductual, y ella se consideraba de lento aprendizaje. Faltó a cuatro sesiones de la terapia. Se observó que presentó un nivel de ansiedad moderado y lo mantuvo al finalizar la terapia, aunque se redujo el nivel de intensidad en la mayoría de los síntomas. Mantuvo el mismo nivel de intensidad de los síntomas de inquietud motora y ataques de pánico.

CUADRO VIII: VALORACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS DE LA PACIENTE K.M.

Grupo Experimental	K.M.	Antes	Después
	Tensión Psíquica	2	1
	Habilidad para Relajarse	1	1
	Respuesta Estimular Exagerada	0	0
	Preocupación	1	1
	Aprensión	0	1
	Inquietud Motora	1	1
	Ataques de Pánico	0	0
	Total	5	5

Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

La paciente K.M. presentó inicialmente un nivel de ansiedad leve, el cual mantuvo al terminar la terapia. Reflejaba una buena capacidad de análisis, al igual que una genuina motivación de aprender y aplicar los principios cognitivos y conductuales. Presentaba la tendencia a investigar, y obtener más información, pero para beneficio de su hija con TEA; por lo general,

decía no enfocarse en los aspectos emocionales personales, sino en las acciones que tenía que realizar para lograr metas y avances en el caso de su hija. K.M. no pudo asistir a todas las sesiones de la terapia, explicaba que estaba ocupada en la organización del tratamiento de su hija y en otros ajustes familiares como mudanza, y horario de trabajo.

CUADRO IX: VALORACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS DE LA PACIENTE B.R.

Grupo Experimental	B.R.	Antes	Después
	Tensión Psíquica	0	0
	Habilidad para Relajarse	1	1
	Respuesta Estimular Exagerada	2	1
	Preocupación	0	0
	Aprensión	1	0
	Inquietud Motora	1	1
	Ataques de Pánico	0	0
	Total	5	3

Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

La paciente B.R. en la pre prueba presentó un nivel de ansiedad leve, y al finalizar la terapia obtuvo una puntuación que representa un nivel categorizado como sin ansiedad. Asistió a todas las sesiones. B.R. se involucraba al máximo en el aprendizaje y aplicación de los principios terapéuticos. Buscaba además estrategias para relajarse en casa, como tiempos de meditación y ejercicios de relajación. Tenía la tendencia a buscar la forma de apoyar a las compañeras del grupo. Disminuyó la respuesta estimular exagerada, y se eliminó el síntoma de aprensión.

- Grupo Control (sin tratamiento)

CUADRO X: VALORACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS DE LA PACIENTE M.B.

Grupo Experimental	M.B.	Antes	Después
	Tensión Psíquica	2	2
	Habilidad para Relajarse	2	1
	Respuesta Estimular Exagerada	1	1
	Preocupación	2	2
	Aprensión	0	0
	Inquietud Motora	0	0
	Ataques de Pánico	0	0
	Total	8	6

Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

Antes y después marca una puntuación que indica ansiedad leve.

CUADRO XI: VALORACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS DE LA PACIENTE L.B.

Grupo Experimental	L.B.	Antes	Después
	Tensión Psíquica	3	3
	Habilidad para Relajarse	3	3
	Respuesta Estimular Exagerada	3	3
	Preocupación	2	2
	Aprensión	3	2
	Inquietud Motora	0	0
	Ataques de Pánico	2	1
	Total	16	14

Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

En la pre-prueba y post-prueba presenta un nivel de ansiedad moderado.

**CUADRO XII: VALORACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS DE LA PACIENTE
N.E.**

Grupo Experimental	N.E.	Antes	Después
	Tensión Psíquica	1	1
	Habilidad para Relajarse	1	1
	Respuesta Estimular Exagerada	0	0
	Preocupación	1	1
	Aprensión	1	0
	Inquietud Motora	1	0
	Ataques de Pánico	0	0
	Total	5	3

Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

En la pre-prueba presentó un nivel de ansiedad leve, y luego con la aplicación de la post-prueba, presentó la categoría sin ansiedad. Cuando se aplicó la pre prueba la paciente estaba preocupada porque su hijo con TEA estaba presentando dificultades conductuales en la escuela. Al aplicar la post prueba, la situación había mejorado mucho, y su hijo con TEA había logrado una buena adaptación escolar. Mencionamos este hecho no como un factor causante de la diferencia en los niveles de ansiedad entre la pre y post prueba, pero sí como una variable no controlable que podría ser tomada en consideración.

(Por lo general, las madres tienen sus pensamientos enfocados en los logros o dificultades que esté teniendo su hijo(a) con TEA, y esto tiende a influir de alguna manera en su estado de ánimo o niveles de ansiedad).

**CUADRO XIII: VALORACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS DE LA
PACIENTE A.P.**

Grupo Experimental	A.P.	Antes	Después
	Tensión Psíquica	4	4
	Habilidad para Relajarse	2	1
	Respuesta Estimular Exagerada	2	2
	Preocupación	3	3
	Aprensión	2	1
	Inquietud Motora	1	0
	Ataques de Pánico	2	0
	Total	16	11

Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

Cuando se aplicó la pre-prueba, la paciente tenía un mes de conocer el diagnóstico de su hija; al aplicar la post-prueba ya tenía organizado el programa de tratamiento (dos meses después) y señaló que ya no presentaba los síntomas de ataques de pánico e inquietud motora. En la pre y post-prueba presentó un nivel de ansiedad moderado.

**CUADRO XIV: VALORACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS DE LA
PACIENTE R.S.**

Grupo Experimental	R.S.	Antes	Después
	Tensión Psíquica	2	2
	Habilidad para Relajarse	3	2
	Respuesta Estimular Exagerada	2	2
	Preocupación	1	3
	Aprensión	1	1
	Inquietud Motora	1	1
	Ataques de Pánico	1	1
	Total	11	12

Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

En la pre-prueba y post -prueba presentó un nivel de ansiedad moderado.

**CUADRO XV: VALORACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS DE LA
PACIENTE F.V.**

Grupo Experimental	F.V.	Antes	Después
	Tensión Psíquica	1	1
	Habilidad para Relajarse	1	1
	Respuesta Estimular Exagerada	0	0
	Preocupación	1	1
	Aprensión	1	1
	Inquietud Motora	1	1
	Ataques de Pánico	0	0
	Total	5	5

Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

F.V. presentó en la pre y post-prueba un nivel de ansiedad leve.

**CUADRO XVI PUNTUACIONES GENERALES DE LA MUESTRA EN LA
PRE PRUEBA SEGUN LOS SÍNTOMAS EVALUADOS**

		Tensión Psíqu	Hab para relaj	Resp estim Exag	Preocup	Apren	Inquiet mot.	Ataq de Pán
Grupo Experiment.	I A	2	2	1	2	1	1	1
	L B	3	3	1	2	1	4	1
	Y H	2	1	2	1	3	1	1
	L L	3	2	2	4	3	1	1
	K M	2	1	0	1	0	1	0
	B R	0	1	2	0	1	1	0
Grupo Control	M B	2	2	1	2	0	0	0
	L B	3	3	3	2	3	0	2
	N E	1	1	0	1	1	1	0
	A P	4	2	2	3	2	1	2
	R S	2	3	2	1	1	1	1
	F V	1	1	0	1	1	1	0
	X =	2 1	1 8	1 3	1 7	1 4	1 1	0 75

Fuente Puntuaciones en la Pre-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica de Snaith

Nota Los rangos son del 0 al 4

Al aplicar la pre-prueba el síntoma que al parecer se encontraba a un nivel de mayor intensidad era el de tensión psíquica con un promedio de 2 1 de intensidad en las participantes de la muestra general (grupo experimental y grupo control) Los otros dos síntomas que marcaron un alto nivel de intensidad son falta de habilidad para relajarse (1 8) y preocupación (1 7)

**CUADRO XVII PUNTUACIONES GENERALES DEL GRUPO
EXPERIMENTAL EN LA PRE PRUEBA SEGUN LOS
SÍNTOMAS EVALUADOS**

	Tensión Psíqu	Hab para relaj	Resp estim Exag	Preocup	Apren	Inquiet. mot	Ataq de Pán
I A	2	2	1	2	1	1	1
L B	3	3	1	2	1	4	1
Y H	2	1	2	1	3	1	1
L L	3	2	2	4	3	1	1
K M	2	1	0	1	0	1	0
B R	0	1	2	0	1	1	0
X =	2	1 7	1 3	1 7	1 5	1 5	0 7

Fuente Puntuaciones en la Pre-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica de Snaitth

Al aplicar la pre-prueba al grupo experimental el síntoma con mayor intensidad en las participantes fue el de tensión psíquica (con un promedio de 2 puntos) Los otros síntomas que afectaban de forma significativa a las participantes eran falta de habilidad para relajarse y preocupación (con un promedio de 1 7 puntos)

**CUADRO XVIII PUNTUACIONES GENERALES DEL GRUPO CONTROL
EN LA PRE PRUEBA SEGUN LOS SÍNTOMAS
EVALUADOS**

	Tensión Psíqu	Hab para relaj	Resp estim Exag	Preocup	Apren	Inquiet. mot.	Ataq de Pán
M B	2	2	1	2	0	0	0
L B	3	3	3	2	3	0	2
N E	1	1	0	1	1	1	0
A P	4	2	2	3	2	1	2
R S	2	3	2	1	1	1	1
F V	1	1	0	1	1	1	0
X =	2 2	2 2	1 3	1 7	1 3	0 7	0 8

Fuente Puntuaciones en la Pre-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica de Snait

En el grupo control los resultados de la preprueba indicaban que los síntomas con un promedio de mayor intensidad eran tensión psíquica y falta de habilidad para relajarse (2 2) Los otros síntomas con un promedio significativo fueron preocupación (1 7) respuesta estimular exagerada y aprensión (1 3)

**CUADRO XIX PUNTUACIONES GENERALES DE LA MUESTRA EN LA
POST PRUEBA SEGUN LOS SÍNTOMAS EVALUADOS**

		Tensión Psíqu	Hab para relaj	Resp estim Exag	Preocup	Apren	Inquiet mot.	Ataq de Pán
Grupo Experiment	I A	1	0	0	0	1	0	1
	L B	2	1	1	1	0	1	1
	Y H	1	0	1	1	1	1	0
	L L	2	1	1	3	2	1	1
	K M	1	1	0	1	1	1	0
	B R	0	1	1	0	0	1	0
Grupo Control	M B	2	1	1	2	0	0	0
	L B	3	3	3	2	2	0	1
	N E	1	1	0	1	0	0	0
	A P	4	1	2	3	1	0	0
	R S	2	2	2	3	1	1	1
	F V	1	1	0	1	1	1	0
	X =	17	108	1	15	08	06	04

Fuente Puntuaciones en la Post Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica de Snarth

Al aplicar la post prueba observamos que en la muestra general (ambos grupos) se mantuvo el promedio de 17 de intensidad para el sintoma de tensión psíquica siendo el sintoma predominante Los síntomas de preocupación (15) y falta de habilidad para relajarse (11) bajaron un poco el promedio de intensidad pero mantuvieron su presencia significativa

**CUADRO XX PUNTUACIONES GENERALES DEL GRUPO
EXPERIMENTAL EN LA POST PRUEBA SEGUN LOS
SÍNTOMAS EVALUADOS**

	Tensión Psíqu	Hab para relaj	Resp estim Exag	Preocup	Apren	Inquiet. mot.	Ataq de Pán
I A	1	0	0	0	1	0	1
L B	2	1	1	1	0	1	1
Y H	1	0	1	1	1	1	0
L L	2	1	1	3	2	1	1
K M	1	1	0	1	1	1	0
B R	0	1	1	0	0	1	0
X =	1 2	0 7	0 7	1	0 8	0 8	0 5

Fuente Puntuaciones en la Post Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica de Snath

Luego de la intervención de la terapia cognitivo conductual grupal se observó en el grupo experimental una reducción del promedio de intensidad en todos los síntomas. Los síntomas que se mantienen son tensión psíquica (1 2) y preocupación (1) sin embargo con un promedio menor que antes del tratamiento.

**CUADRO XXI PUNTUACIONES GENERALES DEL GRUPO CONTROL EN
LA POST PRUEBA SEGUN LOS SÍNTOMAS EVALUADOS**

	Tensión Psiq	Hab para relaj	Resp estim Exag	Preocup	Apren	Inquiet mot.	Ataq de Pán
M B	2	1	1	2	0	0	0
L B	3	3	3	2	2	0	1
N E	1	1	0	1	0	0	0
A P	4	1	2	3	1	0	0
R S	2	2	2	3	1	1	1
F V	1	1	0	1	1	1	0
X =	2 2	1 5	1 3	2	0 8	0 3	0 3

Fuente Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

Los síntomas de tensión psíquica y preocupación en la post prueba en el grupo control presentan una puntuación promedio de 2 2 y 2 manteniendo un nivel significativo de intensidad La falta de habilidad para relajarse y respuesta estimular exagerada también continuan presentes con una intensidad significativa

CUADRO XXII COMPARACIÓN DE LOS PROMEDIOS DE LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS ENTRE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL OBTENIDOS EN LA PRE PRUEBA Y POST PRUEBA EN LA ESCALA DE ANSIEDAD CLÍNICA DE SNAITH

Síntomas Ansiosos	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Pre	Post	Pre	Post
Tensión Psíquica	2	1 2	2 2	2 2
Habilidad para Relajarse	1 7	0 7	2 2	1 5
Respuesta estimular exagerada	1 3	0 7	1 3	1 3
Preocupación	1 7	1	1 7	2
Aprensión	1 5	0 8	1 3	0 8
Inquietud Motora	1 5	0 8	0 7	0 3
Ataques de Pánico	0 7	0 5	0 8	0 3

Fuente Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

A través de los resultados de las mediciones de la pre prueba y post prueba en el grupo experimental se observa una reducción de los promedios en todos los síntomas ansiosos luego de la intervención cognitivo conductual grupal

En el grupo control se observa que los promedios de la post prueba se mantuvieron igual en los síntomas de tensión psíquica y respuesta estimular exagerada El nivel de intensidad del sintoma de preocupación aumentó Los niveles de intensidad de los síntomas de aprensión inquietud motora y ataques de pánico se redujeron un poco

Esto permite comprobar las hipótesis descriptivas

CUADRO XXIII: PUNTUAJES Y NIVEL DE ANSIEDAD DE LAS PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL, EN LA PRE-PRUEBA Y POST-PRUEBA DE LA ESCALA DE ANSIEDAD CLÍNICA (CAS) DE SNAITH (1986).

Grupos	Iniciales de Participantes	Pre Prueba		Post Prueba	
		Puntaje	Nivel de Ansiedad	Puntaje	Nivel de Ansiedad
Grupo Experimental	I. A.	10	Moderada	3	Sin ansied.
	L. B.	15	Moderada	7	Leve
	Y. H.	11	Moderada	5	Leve
	L. L.	16	Moderada	11	Moderada
	K. M.	5	Leve	5	Leve
	B. R.	5	Moderada	3	Sin ansied.
Grupo Control	M. B.	8	Leve	6	Leve
	L. B.	16	Moderada	14	Moderada
	N. E.	5	Leve	3	Sin ansied.
	A. P.	16	Moderada	11	Moderada
	R. S.	11	Moderada	12	Moderada
	F. V.	5	Leve	5	Leve

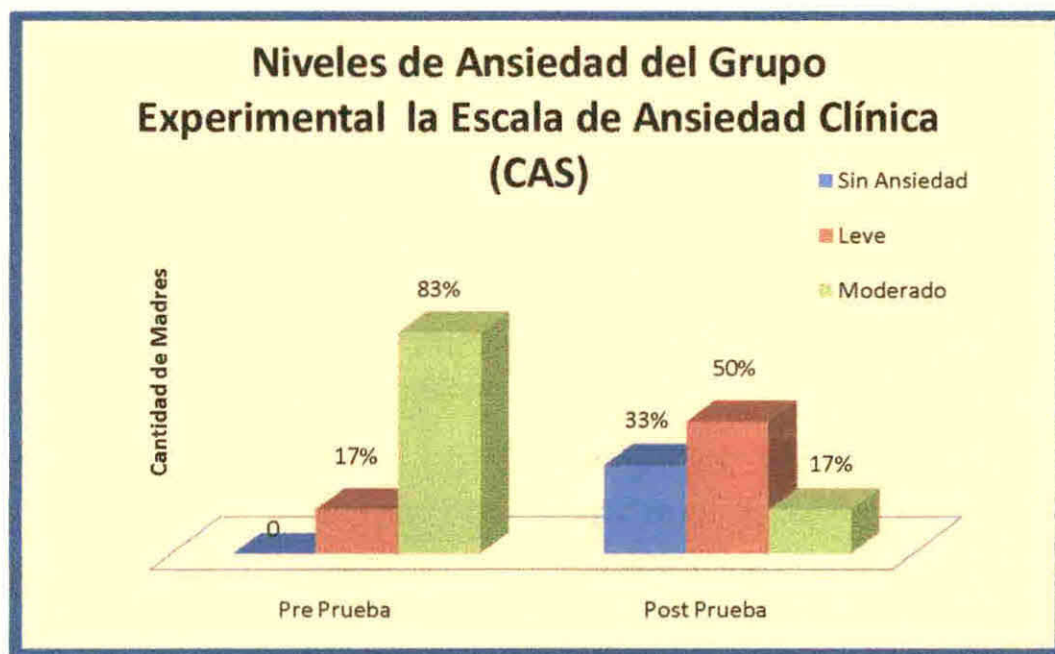
Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

CUADRO XXIV: RESUMEN DEL NIVEL DE ANSIEDAD DE LAS PARTICIPANTES EN AMBOS GRUPOS, EN LA PRE-PRUEBA Y POST-PRUEBA DEL CAS

Nivel de Ansiedad	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Pre Prueba	Post Prueba	Pre Prueba	Post Prueba
Sin Ansiedad	0	2	0	1
Leve	1	3	3	2
Moderado	5	1	3	3

Fuente: Puntuaciones en la Pre-Prueba y Post-Prueba en la Escala de Ansiedad Clínica

GRÁFICA N° 14: NIVELES DE ANSIEDAD DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN LA ESCALA DE ANSIEDAD CLÍNICA DE SNAITH.

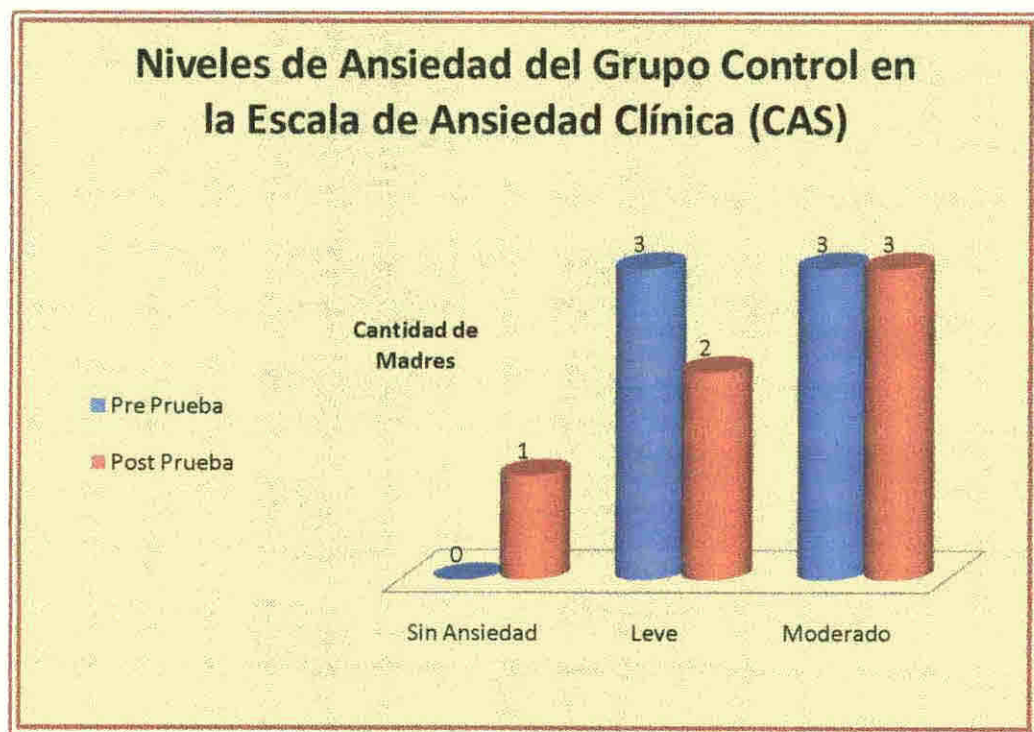


Fuente: Escala de Ansiedad Clínica de Snaith / Stephanie Cruz

En la gráfica N° 14 se observa que antes de la intervención cognitiva conductual, el 83% del grupo experimental presentaba un nivel moderado de ansiedad, y un 17% un nivel de ansiedad leve, detectado a través de la

aplicación de la pre-prueba (CAS). Luego del tratamiento, la cantidad de personas del grupo experimental que presentaba un nivel de ansiedad moderado se redujo a un 17%, un 50% presentaba un nivel leve de ansiedad, y un 33% la categoría de "sin ansiedad" en la post-prueba.

GRÁFICA N° 15: NIVELES DE ANSIEDAD DEL GRUPO CONTROL EN LA ESCALA DE ANSIEDAD CLÍNICA DE SNAITH

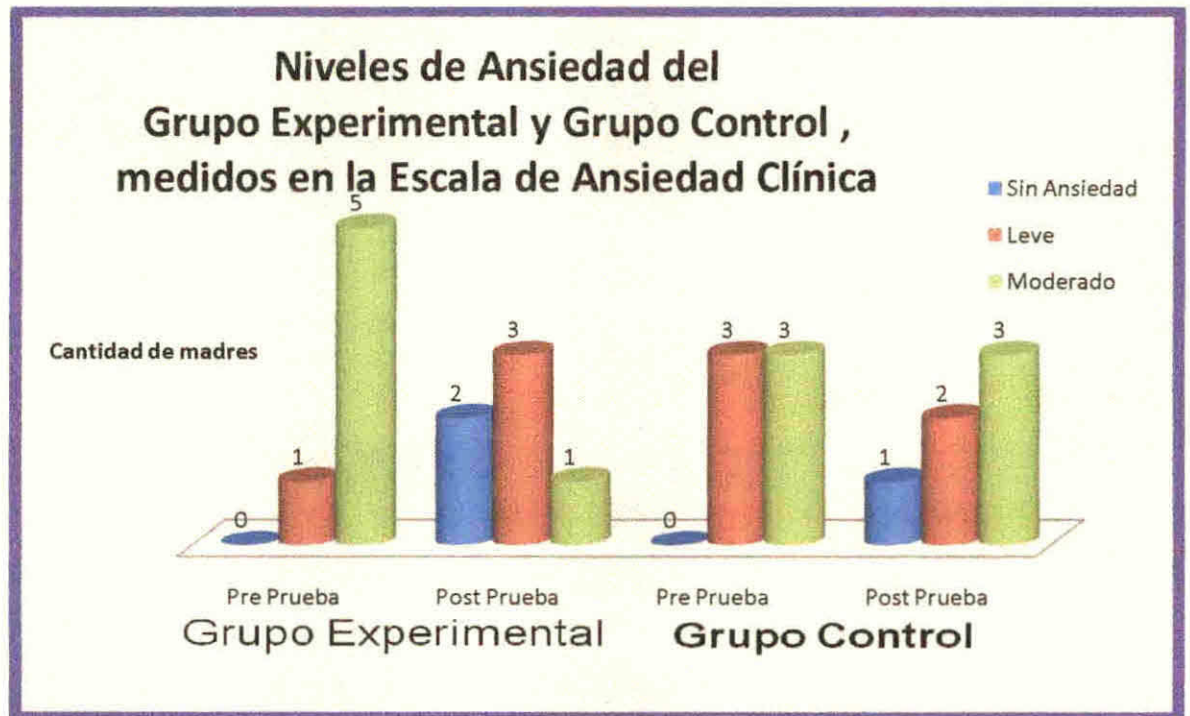


Fuente: Escala de Ansiedad Clínica de Snaith/ Stephanie Cruz

En el grupo control, se observó que la mayoría presentaba un nivel de ansiedad moderado, manteniéndose el mismo porcentaje en la pre-prueba y post-prueba (50% del grupo), siendo el grupo que no recibió la intervención psicológica. El otro 50% en la pre-prueba presentaba un nivel leve de ansiedad, y luego al aplicar la post-prueba, se observó que disminuyó a un

33%, pues una de las madres, marcó que se encontraba sin ansiedad. Prácticamente los niveles de ansiedad se mantuvieron igual o estables, casi sin variación.

GRÁFICA N° 16: NIVELES DE ANSIEDAD DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL MEDIDOS EN LA ESCALA DE ANSIEDAD CLÍNICA DE SNAITH



Fuente: Escala de Ansiedad Clínica de Snaith/ Stephanie Cruz

Ambos grupos presentaron cambios en la post-prueba, sin embargo, las diferencias fueron mayores en el grupo experimental.

En el grupo experimental, se observa una reducción de la ansiedad moderada a leve y no presencia de ansiedad, luego de la intervención cognitiva conductual; y en el grupo control, el cual no recibió tratamiento, se observa que los niveles de ansiedad se mantuvieron parecidos en la pre y post-prueba.

3 Participación del grupo experimental en la terapia

CUADRO XXV ASISTENCIA A LAS SESIONES – GRUPO EXPERIMENTAL

	Sesiones									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
L B	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Y H	✓	✓	✓	✓	✓					✓
L L	✓	✓	✓			✓		✓		✓
K M	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
B R	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Fuente Registro de Stephanie Cruz

El siguiente cuadro muestra la cantidad de personas de la muestra que participaron en cada sesión

CUADRO XXVI CANTIDAD DE PERSONAS QUE ASISTIERON POR SESION

Sesiones	Cantidad de personas
<i>Primera Sesión</i>	6
<i>Segunda Sesión</i>	6
<i>Tercera Sesión</i>	6
<i>Cuarta Sesión</i>	5
<i>Quinta Sesión</i>	5
<i>Sexta Sesión</i>	5
<i>Séptima Sesión</i>	4
<i>Octava Sesión</i>	4
<i>Novena Sesión</i>	3
<i>Décima Sesión</i>	5

Fuente Registro de Stephanie Cruz

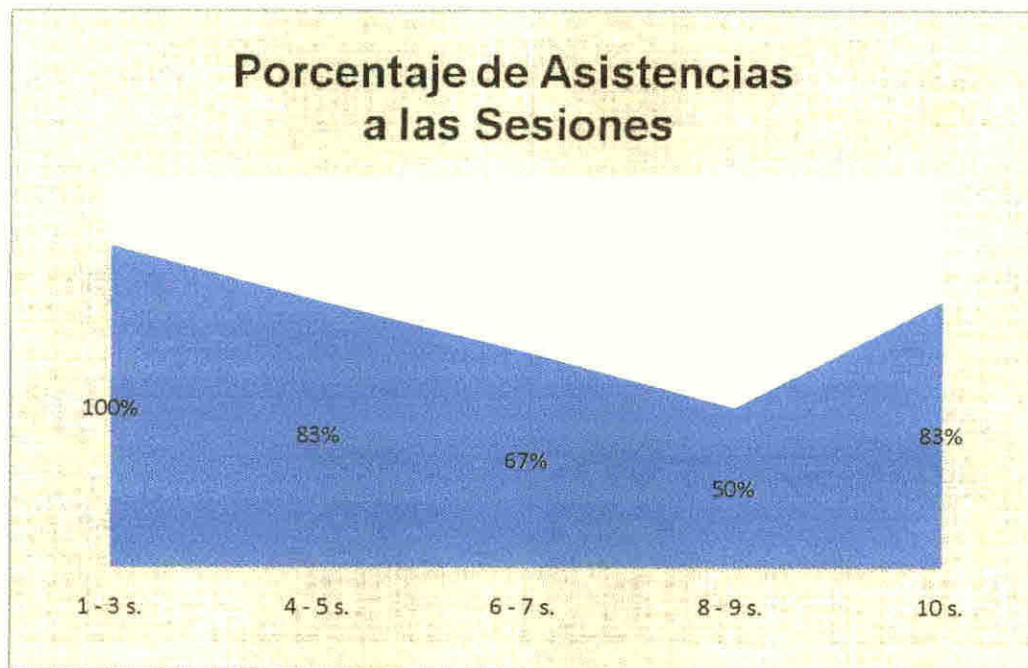
La descripción del desarrollo de las sesiones se detalla en los anexos de forma general

GRÁFICA N° 17: ASISTENCIA A LAS SESIONES



Fuente: Stephanie Cruz

GRÁFICA N° 18: PORCENTAJE DE ASISTENCIA A LAS SESIONES



Fuente: Stephanie Cruz

Por lo expuesto, en las gráficas N° 17 y N° 18, el 100% del grupo experimental sólo asistió a 3 sesiones. Tres madres asistieron a todas las sesiones (I.A., L.B., B.R. , y dos más del grupo presentaron una asistencia

constante (Y H K M) Esto indica que relativamente ocurrió muerte experimental de la muestra lo cual pudiera haber repercutido en los resultados y respectivos análisis estadísticos de esta investigación

Sin embargo el aprendizaje que cada una señaló que adquirió en cada sesión pudo haber influido en los cambios positivos cualitativos observados en su estado cognitivo sus pensamientos forma de enfrentar los eventos diarios y consecuencias emocionales y conductuales

De esta forma las puntuaciones de la post prueba del grupo experimental reflejaron que se disminuyeron los niveles de ansiedad y los promedios de intensidad de los síntomas Cabe destacar que aquellas en que se observaron los cambios más significativos (tanto en las puntuaciones como en la información cualitativa obtenida de forma verbal) fueron principalmente las tres madres que asistieron a todas las sesiones de la terapia

VI Analisis de los Resultados

VI Análisis de los Resultados

Análisis estadístico de los datos y comprobación de hipótesis basado en los resultados de los niveles de ansiedad presentados en las madres a través de la aplicación de la pre prueba y post prueba de la Escala de Ansiedad Clínica de Snaith

Grupo Experimental	
<i>Pre prueba</i>	<i>Post prueba</i>
10	3
15	7
11	5
16	11
5	5
5	3

GrupoControl	
<i>Pre prueba</i>	<i>Post prueba</i>
8	6
16	14
5	3
16	11
11	12
5	5

Hipótesis Estadística N 1

$$H_0 \quad \overline{X} A \text{ Exp Antes} = \overline{X} A \text{ Control Antes}$$

$$H_1 \quad \overline{X} A \text{ Exp Antes} \neq \overline{X} A \text{ Control Antes}$$

Grupo Experimental Pre prueba		Grupo Control Pre Prueba	
10	100	8	64
15	225	16	256
11	121	5	25
16	256	16	256
5	25	11	121
5	25	5	25
$\Sigma = 62$	752	$\Sigma = 61$	747

$$\overline{X_1} = 10.333$$

$$\overline{X_2} = 10.167$$

$$S_1 = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N} - \overline{X}^2} = \sqrt{\frac{752}{6} - (10.333)^2} = 4.308$$

$$S_2 = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N} - \overline{X}^2} = \sqrt{\frac{747}{6} - (10.167)^2} = 4.597$$

$$\sigma_{\overline{X_1}} = \frac{s}{\sqrt{N-1}} = \frac{4.308}{2.236} = 1.927$$

$$\sigma_{\overline{X_2}} = \frac{s}{\sqrt{N-1}} = \frac{4.597}{2.236} = 2.056$$

$$\sigma_{\text{dif}} = \sqrt{\sigma_{\overline{X_1}}^2 + \sigma_{\overline{X_2}}^2} = \sqrt{(1.927)^2 + (2.056)^2} = 2.818$$

$$t = \frac{\overline{X_1} - \overline{X_2}}{\sigma_{\text{dif}}} = \frac{0.166}{2.818} = 0.059$$

$$gl = 10$$

$$t_{\text{calculada}} = 0.059$$

$$t_{\text{critica}} = 2.228 \quad (0.05 \text{ a dos colas})$$

Como el valor calculado (0.059) es menor que la t crítica 2.228 se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Esto significa que no existen diferencias entre la media de los índices de ansiedad que obtuvo el grupo experimental en la pre prueba y la que obtuvo el grupo control en la pre prueba o sea que ambos grupos son iguales.

Hipótesis Estadística N 2

$$H_0: \overline{X_A \text{ Exp Antes}} \leq \overline{X_A \text{ Exp Después}}$$

$$H_1: \overline{X_A \text{ Exp Antes}} > \overline{X_A \text{ Exp Después}}$$

Prueba t para Medias Dependientes Grupo Experimental

	<u>Antes</u>	<u>Después</u>	<u>d</u>	<u>d²</u>
I A	10	3	7	49
L B	15	7	8	64
Y H	11	5	6	36
L L	16	11	5	25
K M	5	5	0	0
B R	5	3	2	4
	$\Sigma = 62$	$\Sigma = 34$	$\Sigma = 28$	$\Sigma = 178$

$$S = \sqrt{\frac{\sum D^2}{N} - \frac{(\sum D)^2}{N^2}}$$

$$S = \sqrt{\frac{178}{7} - \frac{(28)^2}{49}} = 2.82$$

$$\sigma_{dif} = \frac{s}{\sqrt{N-1}} = \frac{2.82}{\sqrt{7-1}} = 1.259$$

$$t = \frac{\overline{X_1} - \overline{X_2}}{\sigma_{dif}} = \frac{4.66}{1.259} = 3.70$$

$$gl = 10$$

$$t \text{ calculada} = 3.70$$

$$t \text{ crítica} = 1.813 \quad (0.05 \text{ a una cola})$$

Como la t calculada es mayor que la t crítica (1.813) entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna y también la hipótesis de investigación. Esto significa que la psicoterapia cognitiva conductual grupal produjo una disminución de las medias de los índices de ansiedad medido a través de la medición de la pre-prueba y post prueba al grupo experimental.

Hipótesis Estadística N 3

$$H_0: \bar{X}_{A \text{ Control Antes}} = \bar{X}_{A \text{ Control Después}}$$

$$H_1: \bar{X}_{A \text{ Control Antes}} \neq \bar{X}_{A \text{ Control Después}}$$

Pre prueba y post prueba del Grupo Control

	<u>Antes</u>	<u>Después</u>	<u>d</u>	<u>d²</u>
I A	8	6	2	4
L B	16	14	2	4
Y H	5	3	2	4
L L	16	11	5	25
K M	11	12	1	1
B R	5	5	0	0
	$\Sigma = 61$	$\Sigma = 51$		$\Sigma = 38$

$$S = \sqrt{\frac{\sum D^2}{N} - (\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

$$S = \sqrt{\frac{38}{6} - (10.17 - 8.5)^2} = 1.88$$

$$gl = 10$$

$$t \text{ calculada} = 3.70$$

$$t \text{ crítica} = 1.813 \quad (0.05 \text{ a una cola})$$

Como la t calculada es mayor que la t crítica (1.813) entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna y también la hipótesis de investigación. Esto significa que la psicoterapia cognitiva conductual grupal produjo una disminución de las medias de los índices de ansiedad medido a través de la medición de la pre-prueba y post prueba al grupo experimental.

Hipótesis Estadística N 3

$$H_0: \bar{X}_{A \text{ Control Antes}} = \bar{X}_{A \text{ Control Después}}$$

$$H_1: \bar{X}_{A \text{ Control Antes}} \neq \bar{X}_{A \text{ Control Después}}$$

Pre-prueba y post prueba del Grupo Control

	<u>Antes</u>	<u>Después</u>	<u>d</u>	<u>d²</u>
I A	8	6	2	4
L B	16	14	2	4
Y H	5	3	2	4
L L	16	11	5	25
K M	11	12	1	1
B R	5	5	0	0
	$\Sigma = 61$	$\Sigma = 51$		$\Sigma = 38$

$$S = \sqrt{\frac{\sum D^2}{N} - (\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

$$S = \sqrt{\frac{38}{6} - (10.17 - 8.5)^2} = 1.88$$

$$\sigma_{dif} = \frac{s}{\sqrt{N-1}} = \frac{1.88}{2.24} = 0.84$$

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_{dif}} = \frac{1.67}{0.84} = 1.988$$

$$gl = 10$$

$$t_{calculada} = 1.988$$

$$t_{crítica} = 2.228 \quad (0.05 \text{ a dos colas})$$

Como la t calculada es menor que la t crítica se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Esto significa que el grupo control antes y después son iguales.

Hipótesis Estadística N 4

$$H_0: \bar{X}_{A \text{ Control Después}} \leq \bar{X}_{A \text{ Exp Después}}$$

$$H_1: \bar{X}_{A \text{ Control Después}} > \bar{X}_{A \text{ Exp Después}}$$

Prueba t para medias independientes post prueba del grupo experimental y post prueba del grupo control

Grupo Control Post Prueba	X ²	Grupo Experimental Post prueba	X
6	36	3	9
14	196	7	49
3	9	5	25
11	121	11	121
12	144	5	25
5	25	3	9
$\Sigma = 51$	531	$\Sigma = 34$	238

$$\overline{X}_1 = 8.5$$

$$\overline{X}_2 = 5.667$$

$$S_1 = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N} - \overline{X}^2} = \sqrt{\frac{531}{6} - (8.5)^2} = 4.031$$

$$S_2 = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N} - \overline{X}^2} = \sqrt{\frac{238}{6} - (5.667)^2} = 2.748$$

$$\sigma_{\overline{X}_1} = \frac{s}{\sqrt{N-1}} = \frac{4.031}{2.236} = 1.803$$

$$\sigma_{\overline{X}_2} = \frac{s}{\sqrt{N-1}} = \frac{2.748}{2.236} = 1.229$$

$$\sigma_{\text{dif}} = \sqrt{\sigma_{\overline{X}_1}^2 + \sigma_{\overline{X}_2}^2} = \sqrt{(1.164)^2 + (1.803)^2} = 2.182$$

$$t = \frac{\overline{X}_1 - \overline{X}_2}{\sigma_{\text{dif}}} = \frac{2.833}{2.182} = 1.30$$

$$gl = 10$$

$$t_{\text{calculada}} = 1.30$$

$$t_{\text{crítica}} = 1.813 \quad (0.05 \text{ a una cola})$$

Como la t calculada (1.30) es menor que la t crítica (1.813) se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna lo que significa que el grupo control y el grupo experimental después no presentan diferencias significativas

Significancia clínica para evaluar los efectos de la intervención

Con respecto a la sintomatología presentada en las madres de niños(as) con TEA de la muestra se puede señalar de forma descriptiva y general que aquellas que formaron parte del grupo experimental y participaron de la intervención cognitiva conductual tuvieron una mejoría en los síntomas ansiosos ya sea que se redujeron los niveles de intensidad o se eliminaron (como se describió anteriormente en los resultados)

Medidas del impacto social Algunas madres relataban cómo los conocimientos adquiridos en la terapia les había permitido enfrentar situaciones laborales y sociales de una forma más asertiva. A pesar de que en algunos momentos habían experimentado malestar de ansiedad o tristeza relataban que lograban una mayor y pronta recuperación de estos síntomas.

Evaluación subjetiva Algunos esposos le expresaban a las participantes (sus esposas) que notaban los cambios positivos en ellas y algunos valoraban ese esfuerzo. Se considera importante el cambio de conducta en las pacientes evaluando las opiniones de los individuos que conviven con ellas. Algunas madres relataban que las personas que convivían con ellas notaban los cambios y se sorprendían al ver las reacciones conductuales y emocionales que mostraban ante los eventos cotidianos. Algunas de ellas establecían metas como hacer ejercicio, dedicar tiempo a ellas mismas, dedicar tiempo a su pareja, lo cual favorecía su calidad de vida y salud mental.

Es cierto que los criterios subjetivos no pueden establecer las bases de conclusiones absolutas en las investigaciones experimentales. Sin embargo, hay que valorar los esfuerzos realizados por las madres de alcanzar mejoras en su salud y aplicar las técnicas cognitivas y conductuales en su convivencia diaria. No se puede determinar que se eliminó la ansiedad, pero sí se observaron mejoras cualitativas y lo importante es que ellas se sentían más satisfechas y seguras de sí mismas para enfrentar los retos que se les presenta cada día en el recorrido de criar un hijo(a) con TEA. Su participación en la investigación fue admirable y a ellas hay que darles el valor y respeto que se merecen.

A continuación se presenta un extracto de los comentarios realizados por algunas de las madres en la última sesión:

I A Expresó que ha experimentado cambios y que su familia lo nota. Antes pensaba y reaccionaba, ahora trata de ver las cosas desde otras perspectivas. Manifiesta que ella siente que el grupo la ha ayudado mucho, que se siente más tranquila, que ha podido conversar y compartir información de su vida que no se había atrevido antes. Se siente contenta de haber tomado la decisión de participar del grupo.

Y H Señaló que antes era muy voluble y que reaccionaba con enojo y que la rabia en ocasiones duraba días. Actualmente siente que cuando ocurre algo que le molesta, tiene la capacidad de manejar la situación con más

calma ya no permite que el enojo le dure tanto Se siente contenta de haber formado parte del grupo

L B ha sido capaz de reflexionar sobre el ser más paciente menos controladora tratar de pensar un poco más en si misma y en su relación de pareja Le ha gustado la experiencia del grupo y quisiera que continuara y más madres se animaran a participar

B R considera que ha aprendido mucho y que a pesar de que ha tratado de sentir paz a través de la meditación reconoce que ha sido importante también el poder compartir con otras madres que comprenden su situación Expresó que tiene más herramientas para contrarrestar los pensamientos no acordes con la realidad Tiene como meta el amarse más a sí misma para estar en condiciones de dar amor a los demás

L L la terapia le ha servido para buscar la forma de resolver las situaciones con mayor calma y a tener más optimismo ante la vida

Limitaciones en la investigación

Recopilar información sobre el autismo requirió de tiempo pero no fue complicado Actualmente hay un auge en las investigaciones sobre esta condición infantil porque las estadísticas del incremento de casos están haciendo impacto a nivel mundial Sin embargo el encontrar estudios sobre la atención psicológica que requieren los padres de niños(as) con TEA fue un reto ya que son muy pocos las investigaciones científicas que se han realizado sobre este tema En Panamá solo se encontraron dos tesis que

tenían alguna relación con el tema de investigación propuesto (y que se mencionan en el contenido teórico) Por otro lado se conversó con una psicóloga en Panamá que había desarrollado un abordaje psicoanalítico con madres de niños(as) con autismo pero no se contaba con los datos específicos o estadísticos sobre los resultados de su intervención con estas madres Por lo tanto una de las limitaciones iniciales fue la recopilación de información para el desarrollo del contenido teórico y las bases para el estudio propuesto

Gracias al apoyo de muchos profesionales de la psicología en Panamá escuelas instituciones centros etc el contacto con las madres de niños(as) con TEA fue posible pero requirió de un gran esfuerzo y tiempo

Las madres se mostraban interesadas en participar y en querer obtener información sobre la terapia de grupo Sin embargo para ellas la mayor limitación era el tiempo que tenían que dedicar a sus hijos(as) La agenda de terapias de estos(as) niños(as) es tan intensa que ellas organizan sus vidas alrededor de las necesidades de su hijo(a) con TEA

Por lo general ellas dedican tiempo para los demás pero no para sí mismas Muchas comentaban que llegaban a las sesiones prácticamente con mucho sacrificio y escapadas tenían que hacer una serie de ajustes en el hogar para poder asistir a las reuniones

Se realizaron muchas entrevistas individuales con madres y varios contactos telefónicos y por correo electrónico Sin embargo el establecer una muestra definida que cumplieran con los criterios que se exigen en una

investigación experimental fue realmente muy difícil y tomó mucho tiempo. Por esta razón el realizar la selección de la muestra y a los grupos tuvo que ser no aleatoria ya que consistió más que nada en el hecho de que existiera una mayor garantía de que aquellas que formaran parte del grupo experimental permanecerían más constantes en su asistencia a las sesiones.

Originalmente se había querido desarrollar una terapia de 15 sesiones pero para las madres el hecho de tener que invertir 2 horas una vez a la semana por varios meses era algo casi imposible por lo cual esa cantidad de sesiones no era viable para el logro del desarrollo de la investigación por lo que se hizo el ajuste a 10 sesiones.

Cuando se pensaba que se lograría desarrollar la terapia y contar con la asistencia de las participantes se presentaron una serie de circunstancias en las vidas personales de las participantes que le impidieron cumplir con su asistencia a todas las sesiones. De esta forma del grupo de 6 madres solo 3 completaron el 100% de la terapia cognitiva conductual grupal.

También originalmente se había tenido la intención de escoger una muestra de madres de niños(as) con un rango de edad entre 3 y 5 años pues es una etapa en la que recién han recibido el diagnóstico y están llenas de muchas dudas e interrogantes con respecto al desempeño actual de su hijo(a) y el futuro. En el año 2008 cuando se aplicó la terapia a un grupo de madres este fue el rango de edad que tenían sus hijos(as) y se notaba que compartían muchas inquietudes en común. Debido a las dificultades para

obtener la muestra este año se decidió ampliar el rango de edad de 3 a 10 años lo cual implicó que el grupo de mamás fuera menos homogéneo

Sin embargo a pesar de esos obstáculos se culminó con la investigación y se observaron mejorías clínicas en las participantes. Aquellas que asistieron a algunas sesiones al parecer aprovecharon al máximo la experiencia de aprendizaje y relataban cómo aplicaban en los eventos cotidianos los conocimientos cognitivos – conductuales adquiridos. Durante las sesiones tenían la oportunidad de expresar sus emociones lloraban relataban sus frustraciones y la dinámica grupal permitía que se apoyaran entre todas. De alguna u otra forma todas señalaban que se sentían más seguras para enfrentar las diversas circunstancias

Otra limitación sería el evaluar cuánto tiempo durará los efectos positivos de la intervención. Sin embargo a través de la Fundación Soy Capaz se continuará manteniendo el contacto cada cierto tiempo con estas madres para ver sus avances y darles el apoyo y soporte psicológico cuando lo requieran. Igualmente tomando en cuenta el aspecto ético en febrero se iniciara la terapia con el grupo control para que también reciban los beneficios de la intervención propuesta en la investigación

La vivencia de la experiencia clínica compartida con las madres de niños(as) con TEA fue muy enriquecedora sin embargo el hecho de que en algunas ocasiones las madres no pudieran asistir generaba una gran presión pues había que cumplir con los datos estadísticos establecidos en la investigación experimental. Conociendo un poco la dinámica familiar y la agenda de estas

madres se podría replantear la cantidad de sesiones requeridas y que el grupo de madres sea abierto y no cerrado para que asistan cuando les sea posible aprovechando así la oportunidad de aprendizaje que le brinda la terapia cognitiva conductual

VII Conclusiones

VII Conclusiones

Milla y Mulas 2009 señalan que las características destacadas del comportamiento autístico incluyen deficiencias cualitativas en la interacción social y en la comunicación comportamiento con patrones repetitivos y estereotipados y un repertorio restrictivo de intereses y actividades

Se considera que debido a la heterogeneidad de la población infantil con autismo y la variabilidad en la sintomatología es más apropiado el uso de la denominación de *trastorno del espectro autista (TEA)*

Se cuenta con ciertos datos estadísticos que indican que hay un gran incremento de casos alrededor del mundo Muchos estudiosos describen la alta incidencia como una epidemia

Las teorías explicativas que intentan describir las causas de los trastornos del espectro autista se pueden agrupar en dos grandes áreas El primer grupo de hipótesis hace referencia a los factores genéticos y cromosómicos y a las variables neurobiológicas y el segundo integra las hipótesis que enfatizan los aspectos psicológicos (afectivos cognitivos sociales) que subyacen al comportamiento autista Estos dos grupos de hipótesis no son incompatibles entre sí (Amparo Belloch 1995)

Aun se continúan investigando las posibles etologías de los trastornos del espectro autista y también sobre la efectividad de los tratamientos Lo importante es que se ha convertido en un reto para la comunidad científica

la cual está tratando de realizar proyectos a nivel internacional para encontrar más respuestas (Campos Paredes 2007)

M Gracia Milla y F C Mulas 2009 plantean que el diagnóstico de TEA supone el inicio por parte de la familia de un proceso de asimilación de una nueva y compleja realidad Tener un(a) niño(a) con este trastorno produce una ruptura de las expectativas que se habían creado en torno al hecho de tener un hijo(a) Al shock emocional inicial de los padres siguen sentimientos de confusión y fracaso personal Les resulta muy difícil entender la nueva situación y precisan informaciones claras y concisas para comenzar a adaptarse a ella aceptarla y aprender a convivir con las dificultades que genera tener un(a) hijo(a) con TEA

Doyle y Doyle 2005) sugieren que las etapas de aflicción pueden ser identificadas como rechazo incredulidad impotencia culpabilidad cólera y finalmente aceptación Una variedad de emociones puede sentirse en cualquier orden o al mismo tiempo Los padres pueden necesitar un tiempo largo o un tiempo corto para atravesar el proceso que los llevará a la aceptación

M Gracia Milla y F C Mulas 2009 señalan que los equipos interdisciplinarios deben procurar la cohesión familiar proporcionando apoyo y acompañamiento según sea requiendo ante las circunstancias familiares El principal objetivo de la intervención familiar será ayudar a los padres a superar las distintas fases del proceso de asunción de la nueva realidad y atender a sus demandas y necesidades de información y

formación Esto de una forma gradual para que la familia pueda ir adaptándose e integrando la información adecuadamente

Rodríguez Torrens (2004) basa su estudio en la aplicación de un modelo de intervención ante el estrés que presentan las familias tratando de cubrir las necesidades existentes de las mismas En las conclusiones de su estudio plantea lo siguiente actuar sobre los estresores llevar a cabo actuaciones encaminadas a maximizar la capacidad de aguante de estas familias mediante el apoyo a cada miembro de la familia trabajar con las familias su capacidad para mantener una percepción positiva de la situación dotar a las familias de estrategias de afrontamiento para que puedan enfrentarse adecuadamente al estrés

Orme (2005) observó que aquellas madres de niños autistas tendían a no lograr la resolución de la situación puesto que el proceso de determinar el diagnóstico era más largo que de aquellos niños con síndrome de Down Identificó la necesidad de que las madres de niños autistas reciban terapia cognitiva – conductual y en forma grupal con un máximo de 6 personas para que pueda existir un balance entre aquellas que se les facilita el proceso de resolución y aquellas que les toma más tiempo Recomienda que puedan compartir sus historias y brindar sugerencias entre ellas se converse sobre las técnicas cognitivas y se tenga también un espacio para reflexión y discusión Con respecto a este punto consideramos que el hecho de que exista tanta información contradictoria sobre el tema del autismo puede producir en las madres una sensación de confusión pues no hay datos concluyentes sobre las posibilidades de cura o no y los

distintos tipos de tratamientos (conductuales de alimentación etc) generando en ellas la no resolución de la situación por esa búsqueda de respuestas y esperanza de una posible forma de cura

Pilar Pozo Cabanillas Encarnación Sarrá Sánchez y Laura Méndez Zaballos realizaron una investigación de España cuyo tema es *Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista* en el 2006 y señalan que los resultados demuestran que las familias de personas con autismo presentan niveles de estrés más elevados que los padres con hijos con otros trastornos y concluyen que la intervención psicológica es importante para influir en la percepción subjetiva o valoración que puedan tener de las situaciones y el apoyo que reciben de manera que se facilite su proceso de adaptación y se dé una mejoría en la calidad de vida de las familias

La definición de la ansiedad suele hacerse en términos fenomenológicos (subjetivos) basado en el planteamiento de Spielberger Pollans y Worden (1984) quienes definen el estado de ansiedad como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión aprensión nerviosismo y preocupación así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo

La ansiedad no es un fenómeno unitario (Sandín y Chorot 1986) Se conoce que la ansiedad al menos tres componentes modos o sistemas de respuesta subjetivo (o cognitivo) fisiológico (o somático) y motor (o conductual)

La ansiedad puede ser considerada normal como respuesta de alerta o alarma a ciertos estresores o eventos que pueden poner en riesgo la seguridad personal. Sin embargo, cuando se presenta en una mayor intensidad (de lo esperado ante la realidad o el acontecimiento) y tiene una mayor duración, se puede convertir en patológica, provocando malestar, sufrimiento y a veces incapacitación para la persona que la sufre, siendo común que demande ayuda.

La terapia cognitivo – conductual da valor a las consecuencias ambientales y también a los diversos procesos presentes en los pensamientos, sentimientos y conductas del ser humano. Todos estos aspectos están ligados y se interrelacionan ya sea para que el individuo presente una conducta normal o anormal (patológica).

La terapia cognitiva – conductual enfatiza la importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso, un enfoque orientado al problema y los objetivos, el carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional.

El proceso de cambio que se da en el paciente a través de la terapia cognitivo – conductual se explica en tres etapas. En la primera etapa se le da un entrenamiento al cliente para que sea un mejor observador de su propia conducta. La segunda etapa permite que el individuo desarrolle pensamientos y conductas adaptadas, incompatibles con las anteriores, y

la tercera etapa constituye lo que el cliente piensa (cogniciones) y siente (sentimientos) respecto al cambio

La terapia cognitiva conductual grupal es una estrategia terapéutica permite el compartir experiencias sentimientos siendo un escenario de apoyo entre los miembros dotándolos de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio y aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual

- ♦ El objetivo principal de esta investigación era Evaluar la efectividad de la intervención cognitivo conductual grupal como tratamiento para reducir el nivel de ansiedad en madres cuyos(as) hijos(as) presentan un diagnóstico dentro del espectro autista

A través de la investigación y la experiencia terapéutica se observó que las madres de niños(as) con diagnóstico de TEA presentan niveles de ansiedad que pueden afectar su estado de salud emocional y física A pesar de que no se realizó un estudio correlacional o causal la sintomatología de ansiedad que manifestaron permite señalar la importancia de brindarles una atención psicológica profesional que les permita una recuperación general y por lo tanto una mejor calidad de vida

El instrumento utilizado en la investigación fue la Escala de Ansiedad Clínica Al aplicar la pre prueba el síntoma que al parecer se encontraba a un nivel de mayor intensidad era el de tensión psíquica en las

participantes de la muestra general (grupo experimental y grupo control)

Los otros dos síntomas que marcaron un alto nivel de intensidad son falta de habilidad para relajarse y preocupación (Ver Cuadro XVII en la pág 163) Estos mismos resultados en cuanto a la presencia e intensidad de los síntomas mencionados se observaron en la evaluación de los resultados de la pre-prueba del grupo experimental

Al aplicar la post prueba observamos que en la muestra general (ambos grupos) se mantuvo la presencia del síntoma de tensión psíquica siendo el predominante Los síntomas de preocupación y falta de habilidad para relajarse bajaron un poco el promedio de intensidad pero mantuvieron su presencia significativa

Luego de la intervención de la terapia cognitivo conductual grupal se observó en el grupo experimental una reducción del promedio de intensidad en todos los síntomas Los síntomas que se mantienen son tensión psíquica y preocupación sin embargo con un promedio menor que antes del tratamiento Posiblemente estos son síntomas que prevalecen debido a que la realidad a la que se enfrentan las madres de niños(as) con TEA sigue siendo la misma Cada día para ellas es un reto no sé sabe que esperar están a la expectativa de ver si se lograrán avances o no en el desenvolvimiento de su hijo(a) y todas coincidían en que les era difícil dejar de pensar ¿qué pasará si yo muero? ¿quién cuidaría de mi hijo(a) si yo no estuviera? Estos pensamientos fueron analizados en algunas de las sesiones y si utilizaron las estrategias

cognitivas para reducir su impacto en el estado emocional de las pacientes

Los síntomas de tensión psíquica y preocupación en la post prueba en el grupo control presentaron un nivel significativo de intensidad. La falta de habilidad para relajarse y respuesta estimular exagerada también continúan presentes con una marcada intensidad. Al no recibir la intervención cognitiva conductual grupal las madres del grupo control no contaban con las herramientas cognitivas y conductuales para hacer frente a los pensamientos que posiblemente generan en ellas muchas preocupaciones y por lo tanto tensión psíquica. Por esa razón es probable que los síntomas fisiológicos también se mantuvieran presentes.

Se observó también que antes de la intervención cognitiva conductual el 83% del grupo experimental presentaba un nivel moderado de ansiedad y un 17% un nivel de ansiedad leve detectado a través de la aplicación de la pre-prueba (CAS). Luego del tratamiento la cantidad de personas del grupo experimental que presentaba un nivel de ansiedad moderado se redujo a un 17% un 50% presentaba un nivel leve de ansiedad y un 33% la categoría de sin ansiedad en la post prueba (Ver Gráfica N° 14 en la pág. 171).

En el grupo control (siendo el grupo que no recibió la intervención psicológica) se observó que la mayoría presentaba un nivel de ansiedad moderado manteniéndose el mismo porcentaje en la pre prueba y post prueba (50% del grupo). El otro 50% en la pre-prueba presentaba un nivel

leve de ansiedad y luego al aplicar la post prueba se observó que disminuyó a un 33% pues una de las madres marcó que se encontraba sin ansiedad. Prácticamente los niveles de ansiedad se mantuvieron igual o estables casi sin variación (Ver Gráfica N° 15 en la pág. 172)

Ambos grupos presentaron cambios en la post prueba sin embargo las diferencias fueron mayores en el grupo experimental de forma positiva pues las pacientes mostraron mejorías en su condición clínica. Tomando en cuenta estos resultados cualitativos podemos considerar que la intervención cognitiva conductual grupal fue efectiva para reducir los niveles de ansiedad de las madres de niños(as) con algún diagnóstico de trastorno del espectro autista.

Los resultados generales descriptivos y cualitativos reflejaron que la intervención fue de beneficio para la reducción y eliminación de los síntomas de ansiedad que estaban presentes en las madres de niños(as) con diagnóstico de TEA que formaron parte del grupo experimental presentando una mejoría en su estado cognitivo y emocional. Según lo que relataron aprendieron a hacer uso de las técnicas cognitivas y conductuales al enfrentar los acontecimientos diariamente. Sus familiares y personas cercanas les reportaban que notaban cambios en sus actitudes y reacciones.

Los resultados estadísticos con base a las hipótesis planteadas fueron los siguientes: 1) No existían diferencias entre la media de los índices de ansiedad que obtuvo el grupo experimental en la pre-prueba y la que

obtuvo el grupo control en la pre-prueba o sea que ambos grupos eran iguales 2) La psicoterapia cognitiva conductual grupal produjo una disminución de las medias de los índices de ansiedad medido a través de la medición de la pre-prueba y post prueba al grupo experimental 3) El grupo control antes y después eran iguales 4) El grupo control y el grupo experimental no presentan diferencias significativas después del tratamiento medido a través de la post prueba

Los resultados estadísticos nos muestran que la hipótesis nula se acepta y la hipótesis de investigación se rechaza No existen diferencias significativas entre la media de los índices de ansiedad que obtuvo el grupo experimental en la post prueba (luego del tratamiento) y la que obtuvo el grupo control en la post prueba (sin tratamiento) Esto pudo presentarse debido a los factores y limitaciones presentadas en la investigación (por ejemplo potencia baja por tamaño de la muestra sensibilidad del instrumento muerte experimental situaciones personales ocurridas con las pacientes del grupo control etc) El grupo experimental presentó mejoras a nivel estadístico pero no tanto en comparación con el grupo control por esa razón se rechaza la hipótesis de investigación

Sin embargo los datos clínicos y observaciones cualitativas permiten el tener la satisfacción de haber contribuido con la promoción de la salud mental de las madres que participaron de este estudio

Se observó que en el grupo del 2008 compartían en comun vivencias específicas actuales debido a la etapa que estaban atravesando con su

hijo(a) con TEA inquietudes sobre cómo atravesaron el proceso de evaluación y diagnóstico a qué escuela asistiría la tutora que tenían que contratar el inicio de terapias con nuevas especialistas etc lo cual las hacía unirse más y posiblemente sentirse identificadas las unas con las otras En el grupo experimental de la investigación realizada (2009) el rango de edad de los niños(as) era entre 3 y 10 años y muchas relataban sus experiencias dependiendo de la edad de su hijo(a) algunas comentaban que ya habían atravesado por algún evento en el pasado e incluso aconsejaban como manejar algunas situaciones y planteaban sus nuevos desafíos Esto no significa que no se apoyasen sí se logró una unidad y cohesión de grupo pero por lo observado con los dos grupos al parecer el estar atravesando por las mismas experiencias las une mucho más Por esa razón se puede recomendar que los grupos se conformen de acuerdo a la etapa evolutiva de los hijos(as) con diagnóstico de TEA

VIII Recomendaciones

VIII Recomendaciones

Se recomienda que en los diversos centros psicológicos hospitales instituciones escolares centros de salud etc en donde se brinde atención a niños(as) con TEA se pueda orientar a las madres y motivarlas a asistir a grupos de apoyo o terapias de grupo como el desarrollado en la Fundación Soy Capaz o algún otro lugar donde se tenga conocimiento se les proporcionaría este servicio Se puede considerar también que en los centros o instituciones se cuente con un profesional de la psicología que desarrolle programas de atención a los padres hermanos y familiares de niños(as) jóvenes y adultos con TEA

Un obstáculo para algunas madres es el horario tan limitado que tienen para sí mismas pues su vida prácticamente gira alrededor de la agenda de terapias de su hijo(a) con TEA en este caso pudiera considerarse el ser flexibles permitiendo que la terapia de grupo sea abierta y las madres aprovechen el aprendizaje de las técnicas cognitivas y conductuales de la sesión a la que pueden asistir o se integren nuevas madres aunque ya hayan transcurrido algunas sesiones También se recomienda que el proceso terapéutico sea más extenso en el tiempo pues habían algunos temas que requerían de más tiempo para ser reforzados y consolidados (se recomienda un mínimo de 15 sesiones)

Principalmente se recomienda a todos(as) los padres y madres de niños(as) con diagnóstico de TEA que se animen a buscar apoyo profesional a asistir a terapias de grupo grupos de apoyo terapia individual que se den la oportunidad de vivir experiencias de enriquecimiento y fortalecimiento personal tomando en cuenta la importancia de su propia salud física y emocional

IX Bibliografía

IX Referencias Bibliográficas

- 1 ALONSO Anne Psicoterapia de grupo en la práctica clínica Editorial el Manual Moderno México Primera Edición 1995
- 2 ANDER EGG Ezequiel AGUILAR María José ¿Cómo elaborar un proyecto? Guía para diseñar proyectos sociales y culturales 15ª Edición ampliada y revisada Editorial Lumen/Hvmanitas Argentina 2000
- 3 ARCE GUERZCHBERG Manela Autismo Qué Hacer con los TGD. Soluciones pedagógicas para él Editorial Lexus Anednal Desarrollo y Contenidos España 2008
- 4- ARON Arthur ARON Elaine Estadística para Psicología Prentice Hall Pearson Education Argentina Segunda Edición 2001
- 5 BELLAK Leopold Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia Editorial Manual Moderno Segunda Edición 1993
- 6- BELLOCH Amparo SANDIN Bonifacio RAMOS Francisco Manual de Psicopatología Volumen 2 Editorial Mc Graw Hill España 1995
- 7 CAMERINI OBST Julio Introducción a la Terapia Cognitiva, Teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos Editorial Catrec Buenos Aires 2004
- 8- CAMPOS PAREDES Carolina Trastornos del Espectro Autista Editorial Manual Moderno Bogotá Colombia 2007
- 9 DOYLE Barbara T M S DOYLE ILAND Emily B A Los trastornos del espectro del autismo De la A a la Z Toda la información que quiere Volumen 1 Editorial Emily Iland Inc Estados Unidos 2005
- 10 GELLES Richard LEVINE Ann Sociología con aplicaciones en países de habla hispana Editorial Mc Graw Hill México Sexta Edición 2000
- 11 KAZDIN Alan Métodos de Investigación en Psicología Clínica Editorial Prentice Hall Pearson Education México Tercera Edición 2001
- 12 LEAF Dr Ron MC EACHIN Dr John Esperanzas para el Autismo y dificultades de comportamiento y aprendizaje Un trabajo en progreso Manual de trabajo para Padres de Familia y Educadores Estrategias y curriculum reconocido como tratamiento intensivo de autismo ABA Editores Fundación E S C O Colombia Diciembre 2000

- 13 LEVIN Jack, Fundamentos de estadística en la investigación social Editorial Harla Segunda Edición México 1979
- 14 LOVAAS O El niño autista Editorial Dovate S A 1981
- 15 MEICHENBAUM Donald Terapias cognitivas – conductuales Editores Académicos de Kluwer 1977
- 16-MORRIS Charles Psicología un Nuevo Enfoque Séptima Edición Editorial Prentice Hall México D F 2001
- 17 MYERS David Psicología Social Editorial Mc Graw Hill Colombia Sexta Edición 2001
- 18-OTHMER Ekkehard OTHMER Sieglinde La Entrevista Clínica DSM IV Tomo I Editorial Masson S A Estados Unidos Segunda Edición 1996
- 19-PAPALIA Diane WENDKOS Sally Desarrollo Humano Editorial Mc Graw Hill México Sexta Edición 1999
- 20-RISO Walter Terapia Cognitiva, Fundamentos Teóricos y conceptualización del caso clínico Grupo Editorial Norma Primera Edición Colombia 2006
- 21 SAMPIERI Roberto FERNÁNDEZ Carlos Metodología de la Investigación Editorial Mc Graw Hill Segunda Edición México 1998
- 22 SEROUSSI Karyn Unraveling the mystery of Autism and Pervasive Developmental Disorder, A Mother s story of research and recovery Broadway books Inc New York 2002
- 23-SUE David SUE Derald SUE Stanley Comportamiento Anormal Editorial Mc Graw Hill México 1996
- 24-TRIELL Timothy Phares Jerry Psicología Clínica, Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión Sexta edición Editorial Thomson México D F 2003
- 25 WING Lorna Educación del niño autista Editorial Paidós Buenos Aires Argentina 1981
- 26-WING Lorna Autismo, una guía para padres Editorial Paidós Buenos Aires Argentina 1971

Otros Documentos

- 27 BOBES GARCÍA Julio PORTILLA M BASCARÁN FERNÁNDEZ M SÁIZ MARTÍNEZ P BOUSOÑO GARCÍA M Banco de instrumentos

básicos para la práctica de la psiquiatría clínica Editorial Ars Médica
Tercera Edición 2003

- 28-CREDIDIO DE ARROCHA Miosotis GUTIÉRREZ DE MCKAY
Glanela Guía de Orientación Pedagógica para el manejo de niñas y
niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo en el aula de clase
Panamá 2008
- 29 DSM IV – TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos
Mentales, texto revisado Editorial Masson España 2001
- 30 MILLA M Gracia MULAS F C Atención temprana y programas de
intervención específica en el trastorno del espectro autista Instituto
Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP) Revista Neurológica
Valencia España 2009 48 (Suplemento 2) S47 – S 52
- 31 Información obtenida en II Simposio de Autismo y Patologías afines
Universidad de Panamá 2008 Expositores Prof Luis León Dra
Susana De León Dra Bellaroch Ing Guillermo Vela
- 32 Información obtenida en III Simposio de Autismo y Patologías afines
Universidad de Panamá 2009 Expositores Psic Olda Jurado Dra
Silvia Velarde Lic Eve Wznitzer (Directora FUNDET) Condesa Aline
de Medem (Fundadora de Instituto de Autismo en Francia) Dra Eliane
Beladina Prof Sonia Trotman (IPHE) Psic Viana de Yao (IPHE)
Psic Debbie Psychoyos (Fundación Pro Ed)
- 33 Teleconferencias Centro Ann Sullivan en Peru (CASP) Expositoras Ph
D Judith Le Blanc (Life Span Institute Universidad de Kansas USA)
Elena Lazarte (Directora Programa de Inclusión) Shirley Marroquín
(Especialista Programa de Inclusión Escolar) Dra Liliana Mayo
(Directora CASP) Tema general Educación de Estudiantes con
Habilidades Diferentes (casos de trastornos del espectro autista
desarrollo terapias escuelas padres) 12 de septiembre 10 de
octubre y 21 de noviembre 2009
- 34 Información obtenida en Seminario Terapia Cognitiva Conductual
aplicada a niños y adolescentes Expositor Dr Isafas Madrid Panamá
2008 (Documentos sobre conceptualización del estado cognitivo)

Tesis

- 35 LOC BUSTAMANTE Yelixza Oderay RODRÍGUEZ Enka Estudio
Exploratorio sobre las características de personalidad y ansiedad en
15 padres con hijos autistas que participan en el programa de autismo
del IPHE Panamá Universidad de Panamá 2000

- 36 ROSAS VÁSQUEZ Dioselina Atención en el hogar de 30 niños(as) autistas de la Escuela de Autismo del IPHE en la ciudad de Panamá Panamá 2005

Internet

37 www.espanol.yahoo.com

38 www.google.com

39 GARCÍA María Paula El autismo y el impacto en la familia 2002
<http://www.robertexto.com/archivo7/autismo.htm>

40 LIEN María Cecilia 1984 El Niño Autista y su familia
<http://www.ceciliarozental.com.ar/autismo.html>

41 ORME D M (2005) A qualitative examination of mothers resolution or non resolution of their childrens disability of Down Syndrome or autism using a cognitive intervention *The Qualitative Report* 10(3) 561 592 Retrieved [Insert date] from
<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR10-3/orme.pdf>

42 POZO CABANILLAS Pilar SARRIÁ SÁNCHEZ encarnación MÉNDEZ ZABALLOS Laura Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista España 2006
http://www.infocop.es/view_article.asp

43-RODRÍGUEZ TORRENS Elisa Atención a familias en los servicios para personas con trastornos del espectro autista España 2004
<http://74.125.93.104/search?q=cache:lfdnz0YJ1AkJ:www.cesdonbosco.com/revista/revistas/revista%2520ed%2520futuro/EF14/REVISTA%252014/Art%C3%ADculos/Elisa%2520Rodriguez%2520Torrens+La%2520necesidad%2520de%2520considerar+pdf+madre+de+hijo+autista+es+tratada+terapeuticamente&cd=34&hl=es&ct=clnk>

44 RUIZ Juan José CANO Justo Manual de Psicoterapia Cognitiva 2002 <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual6.htm>

45 SEGURA MURGA Josefina Elizabeth (Médico Psiquiatra Asistente del Servicio) Manual de Psicoterapia de Grupo en el Servicio de Psiquiatría de Adultos del Hospital Almenara de ESSALUD Lima – Peru 2006 Revista Internacional On line / An International On line Journal Avances en Salud Mental Relacional / Advances in relational mental health Órgano Oficial de expresión de la Fundación OMIE Vol 6 num 1 Marzo 2007 <http://www.bibliopsiquis.com>

46 <http://espectroautista.info/tests/emotividad/bienestar-emocional/BAI>

47 www.fundacionsoycapaz.org

- 48 http://html.nncondelvago.com/autismo_14.html
- 49 http://www.psicopedagogia.com/manul/para_padres_de_autistas
- 50 http://www.psicocarea.org/dsmiv_1.htm
- 51 http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_F84.html
- 52 www.wikipedia.com

ANEXOS

Instrumento utilizado Escala de Ansiedad Clínica de Spnith 1986
(Primera página de la prueba)

La CAS es un instrumento para la valoración del estado actual de ansiedad por lo que se deberá poner énfasis en obtener información de cómo se siente el paciente en este momento. Sin embargo, la propia entrevista puede provocar un incremento o reducción del grado de ansiedad, y el entrevistador deberá pedirle al paciente que se centre en describir cómo se ha sentido en los últimos 2 días.

Por favor rodee con un círculo la respuesta de cada pregunta que más se aplique al paciente en el momento actual.

Ítems	Valoración
1 Tensión psíquica (deberá tenerse en cuenta la distinción entre tensión y tensión muscular véase el siguiente ítem)	<p>4 Sensación muy marcada y angustiosa de tener los nervios de punta de estar «excitado» «agitado» o «nervioso» que persiste con escasa variación durante las horas de vigilia.</p> <p>3 Como lo descrito anteriormente pero con fluctuaciones de gravedad a lo largo del día.</p> <p>2 Vivencia clara de tensión que no causa desazón</p> <p>1 Ligera sensación de tensión que no causa desazón</p> <p>0 Ninguna sensación de estar tenso fuera del grado habitual de tensión experimentado ante el estrés, y que se considera normal en la población</p>
2. Habilidad para relajarse (tensión muscular)	<p>4. Experimenta grave tensión en la mayor parte de los músculos del cuerpo que puede ir acompañada de síntomas como dolor, rigidez, espasmos y pérdida de control sobre los movimientos. Esta tensión está presente la mayor parte del tiempo que se encuentra en vigilia, y es incapaz de relajarse cuando lo desea.</p> <p>3 Como lo descrito anteriormente, pero la tensión muscular puede afectar sólo a ciertos músculos y su gravedad puede fluctuar a lo largo del día.</p> <p>2 Vivencia clara de tensión muscular en una parte concreta del cuerpo, suficiente para causar malestar aunque no muy grave.</p> <p>1 Tensión muscular ligera y recurrente de la que el paciente es consciente pero que no le causa malestar. Los dolores ligeros de cabeza debidos a la tensión o dolor en cualquier otro músculo deberían ser puntuados aquí.</p> <p>0 Tensión muscular no subjetiva o de tal grado que cuando aparece puede ser controlada con facilidad si se desea.</p>
3 Respuesta estimular exagerada (hiperexcitabilidad)	<p>4 Un ruido inesperado causa tal inquietud que el paciente se queja diciendo algo como «me has dado un susto de muerte». La inquietud experimentada es tanto psíquica como somática así que además de la sensación de miedo, hay actividad muscular y síntomas vegetativos tales como sudor o palpitaciones.</p> <p>3 Un ruido inesperado causa una gran inquietud psíquica o somática pero no en ambas modalidades.</p> <p>2 Un ruido inesperado causa una clara inquietud, pero no grave.</p> <p>1 El paciente reconoce que está algo inquieto, pero no se siente molesto por ello.</p> <p>0 El grado de sobresalto se considera totalmente normal en la población.</p>
4 Preocupación (la evaluación deberá tener en cuenta el desajuste entre preocupación y el estrés del momento)	<p>4 El paciente experimenta preocupaciones casi continuas que conllevan pensamientos dolorosos que no puede suprimir de forma voluntaria y su inquietud es desproporcionada en relación al contenido de sus pensamientos.</p> <p>3 Como lo descrito anteriormente pero con fluctuaciones de intensidad a lo largo de las horas de vigilia y con posible cese de los pensamientos inquietantes durante una o dos horas, sobre todo si el paciente está distraído con alguna actividad que requiera su atención.</p> <p>2 Pensamientos angustiosos, desproporcionados para la situación que vive el paciente, continúan inmiscuyéndose en su conciencia, pero es capaz de disiparlos o alejarlos.</p> <p>1 El paciente admite que tiende a preocuparse algo más de lo necesario en cosas sin importancia pero esto no le causa demasiada inquietud.</p> <p>0 La tendencia a preocuparse se considera normal entre la población por ejemplo, incluso una preocupación grave debida a una brusca crisis financiera o a una inesperada enfermedad en un familiar debería contabilizarse como 0 si se considera que está proporcionada con el grado de estrés.</p>

Psicoterapia Propuesta

Psicoterapia Cognitivo – conductual grupal

El proceso de la Terapia cognitiva tiene tres fases

- a Conceptualización de los problemas
- b- Generar alternativas cognitivas-conductuales
- c- Generalización de resultados y prevención de recaídas

El proceso de la psicoterapia cognitiva (Meichenbaum 1988) supone recorrer tres etapas diferenciadas

- 1 Primera etapa conceptualización del proceso y la observación
 - Finalidad Entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta
 - Medios
 - a) Redefinir el problema presente En términos de relación pensamiento-afecto- conducta (P A C)
 - b) Reconceptualizar el proceso de intervención
 - Modificar los círculos viciosos P A C que mantienen el problema
 - Hacer el sujeto menos vulnerable a ciertas situaciones y disminuir las recaídas
 - c) Recogida de datos y autoobservación
 - Conceptualizar los problemas cognitivamente
 - Definir etapas y objetivos graduales de intervención
 - Elegir un problema para la autoobservación explicar al sujeto los autorregistros
- 2 Segunda etapa generar alternativas
 - Finalidad Ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas incompatibles con los círculos viciosos P A C anteriores y problemáticos
 - Medios
 - a) Cambio de conductas manifiestas técnicas conductuales y cognitivas
 - b) Cambio de la actividad autorreguladora (pensamientos y emociones) técnicas conductuales y cognitivas
 - c) Cambio de estructuras cognitivas o creencias tácitas sobre el si mismo y el mundo técnicas conductuales y cognitivas
- 3 Tercera etapa mantenimiento generalización y prevención de recaídas
 - Finalidad Consolidar mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas
 - Medios
 - a) Atribuir los logros terapéuticos al trabajo del paciente sobre la base de sus tareas para casa (Atribución interna de los cambios)
 - b) Identificar con antelación situaciones de alto riesgo futuro y desarrollar habilidades preventivas de tipo cognitivo-conductual

La Programación De Las Sesiones

(<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Personalidad/personalidadbib.htm>)

La preparación de las llamadas Agendas (p.e. Hamson 1981) permite al terapeuta planificar cada sesión y al proceso terapéutico
Registros de Notas terapéuticas usados para la recogida de información de cada sesión (Hamson y Beck 1982)

NOTAS TERAPÉUTICAS

PACIENTE FECHA SESIÓN Nº

Datos objetivos (BDI EAZ etc)

Plan para esta sesión

Agenda

Sumario narrativo

Tareas para casa

Otros datos (contactos telefónicos contactos colaterales etc)

Programación general de las sesiones (Beck 1976 1979 Hamson y Beck 1982 A Maldonado 1990)

ESTRUCTURA TÍPICA DE UNA SESIÓN

Psicoterapia Cognitiva Conductual Grupal

Existen dos niveles de trabajo

- Trabajo individual Se seleccionan 3 problemas de 3 pacientes y se les dedica unos 20 minutos a cada paciente el resto del grupo escucha a menos que el terapeuta pida su intervención (p.e. ¿Tu que hubieras pensado en esa situación? ¿Como piensas que actuó cómo crees que tu hubieses actuado? ¿A alguno de vosotros le ha ocurrido algo parecido?
- Trabajo de rondas Se revisan progresos autorregistros individuales tareas para casa Para la ronda se le piden a los pacientes que seleccionen 1 o 2 situaciones para analizar su afrontamiento cognitivo-conductual

I Fase inicial

- 1 Establecer el rapport empezar y acabar positivamente
- 2 Establecer la agenda de trabajo con el paciente
- 3- Valorar la evolución de los problemas
- 4- Programar numero de sesiones (en este caso serán 10)
- 5- Objetivo No son las mejorías transitorias sino el aumento de los intervalos de recaídas

Grupal Introducción de elementos conceptuales y prácticos de la terapia de modo progresivo

Técnicas cognitivas

Técnicas conductuales

II Fase de desarrollo

- 1 Explicar tareas para casa Demostración de las mismas**
- 2 Educación en conceptos cognitivos aplicados a los problemas**
- 3- Discusión de 2 problemas como máximo por sesión (focalización)**

Grupal Revisión de las tareas para casa

Trabajo por Rondas

Trabajo individual

III Fase terminal

- 1 Programar trabajo para casa tareas como pruebas de realidad para los pensamientos automáticos y los significados asociados**
- 2 Resumen de la sesión Se pide al paciente que lo haga Se le da feedback al respecto**

Grupal Resumen y programación de tareas para casa

Tareas individuales

Tareas grupales (comunes)

Socialización Terapéutica

Es frecuente en la primera sesión introducir al paciente en el modelo de trabajo a utilizar en esta terapia. A esta tarea se alude con la socialización terapéutica. Sobre esta actividad se va a construir la base del empirismo colaborativo entre el paciente (y participantes en general) y el terapeuta. La agenda de la primera sesión contiene los siguientes puntos:

- 1 Explicar la relación pensamiento-afecto-conducta. Pedir feedback de comprensión**
- 2 Utilizar una secuencia personal del paciente de pensamiento/afecto/conducta de una situación anterior vivida con malestar por el paciente. Utilizarla para apoyar la relación pensamiento-afecto-conducta y como primera hipótesis sobre distorsiones cognitivas y supuestos asociados (significados personales). Pedir feedback de comprensión**
- 3- Explicar la hoja de autorregistro. A partir de la situación actual de consulta se le pide al paciente que genere sus pensamientos afectos-conductas presentes aquí y ahora. Esta información suele ser relevante como información transferencial**
- 4- Explicar el proceso terapéutico. Afrontamiento o aprendizaje de resolución de problemas. Explicar el proceso normal de las fluctuaciones o recaídas y el progreso terapéutico como un aumento de los intervalos de recaída. Pedir feedback de comprensión**
- 5 Explicar tareas para casa. Focalizar un problema y registrar su presentación con la hoja de autorregistro. Incluir un ejemplo**
- 6- Finalizar la sesión. Opiniones. Dudas. Comprensión. Pedir al paciente que resuma la sesión. Feedback**

Segunda Fase Del Proceso Terapéutico Alternativas Cognitivas Y Conductuales A Los Círculos Viciosos Interactivos Y Los Supuestos Personales

Una vez que el paciente ha entendido la base del procedimiento de autorregistro y la relación pensamiento-afecto-conducta, el terapeuta puede comenzar a trabajar con éste la búsqueda de alternativas cognitivas.

conductuales a las interacciones problemas las distorsiones cognitivas y los significados personales subyacentes

Clasificación de las estrategias básicas para la generación de alternativas cognitivas-conductuales

1 Estrategias Cognitivas

a Métodos que utiliza el repertorio cognitivo del paciente

➤ Distinguir pensamiento de realidad (situación)

Uso de situaciones imaginarias puede utilizarse un listado de situaciones imaginarias con distintas interpretaciones a las mismas y preguntar después por las consecuencias emocionales y conductuales de cada interpretación

Uso de situaciones personales Pensar en situaciones similares a las analizadas pero con distinta respuesta emocional y conductual Preguntar por pensamientos asociados

Uso de situaciones personales pero pensando en otra persona actuando ante ella con una respuesta emocional y conductual mas adaptativa el terapeuta puede plantearle al paciente si algun conocido ha pasado por una situación similar y reaccionó de una manera mas adaptativa o realizar un rol playing con el paciente

Uso de situaciones personales induciendo verbalmente o por escrito un listado de pensamientos diferentes a los mantenidos por el sujeto ante esa situación y preguntando por sus efectos posibles emocionales y conductuales

Después de usar una o varias de estas estrategias el terapeuta puede referirle al paciente como conclusión Lo que quiero que vea es lo siguiente La situación es exactamente la misma pero cuando te vienen los pensamientos X tu te sientes X y actúas de la forma X y cuando te vienen los pensamientos Y piensas de la forma Y tu te sientes Y actúas de la forma Y La diferencia está en el pensamiento la situación la realidad sigue siendo la misma Además el tipo de pensamiento que viene a la cabeza condiciona tanto la forma en que tu te sientes y actúas en uno y otro caso (A Maldonado 1990)

➤ Identificar el proceso de error o distorsión cognitiva

Se usan tanto situaciones personales como imaginarias

Presentamos al sujeto una lista de pensamientos típicos en esas situaciones ansiosas Se le pide al paciente que elija en esas situaciones imaginarias los pensamientos más adaptativos en función de sus consecuencias emocionales y conductuales y se le pregunta por qué ha seleccionado esos y no otros

Sobre el autorregistro del sujeto intentamos ir elicitando una lista de pensamientos a la misma situación y entre ellos le pedimos al sujeto que seleccione los más adaptativos en función de sus consecuencias emocionales y conductuales y le preguntamos por qué eligió esos y no

otros

Después de usar estas estrategias y si la selección ha sido realmente adaptativa lo contrastamos con su pensamiento automático original y sus consecuencias emocionales y conductuales. Esto será de gran ayuda para programar las tareas para casa (A. Maldonado, 1990)

- Generar pensamientos y conductas alternativas

b- Métodos centrados en las preguntas empíricas

Petición de pruebas para mantener los pensamientos automáticos o supuestos personales (P e ¿Qué pruebas tiene para creer que ?

¿Hay alguna prueba de lo contrario?)

Petición de alternativas interpretativas a los pensamientos automáticos o supuestos personales (P e ¿Podría haber otra interpretación distinta para ese suceso? ¿Podría haber otra forma de ver esa situación?)

Consecuencias emocionales de mantener un pensamiento automático o supuesto personal (P e ¿A qué le lleva pensar eso? ¿Le ayuda en algo?)

Comprobar la gravedad de las predicciones negativas (P e ¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso? Suponiendo que ocurriese cuánto durarían sus efectos? ¿Podría hacerse algo?)

Conceptualizar pensamientos o supuestos vagos en su formulación (P e ¿Qué quiere decir con ?)

2 Estrategias Conductuales

Se utilizan las estrategias conductuales que se han mostrado efectivas para la ansiedad y como vía de contraste de hipótesis de pensamientos automáticos y supuestos personales (experimentos personales)

Tercera Fase Del Proceso Terapéutico Terminación Seguimiento Y Prevención De Recaídas

1 Temas Relacionados Con La Terminación De La Terapia

- Explicar que la salud mental no es un constructo dicotómico sino un continuo integrado de varios puntos. Después demuestra con los datos de la evolución del paciente como este ha avanzado dentro de ese continuo
- Mostrar al paciente que el objetivo de la terapia es aprender a resolver mas eficazmente los problemas y no curarle ni reestructurar la personalidad ni evitar todos los problemas vitales posibles. A continuación mostrar al paciente sus progresos al respecto
- Devolver al paciente que ello es posible pero que puede ser una oportunidad para aplicar lo aprendido
- Trabajar con el paciente con antelación en base a las distorsiones cognitivas y supuestos personales qué tipo de situaciones podrían

hacerle recaer y ensayar cognitivamente (mentalmente) que estrategias podría usar para su afrontamiento

- El terapeuta puede explicar que las recaídas son frecuentes durante el tratamiento que este raramente supone una mejoría lineal y que las recaídas pueden ser aprovechadas para detectar pensamientos automáticos y significados relevantes
- El terapeuta puede optar por una terminación gradual o detectar las cogniciones y supuestos de la necesidad de la presencia del terapeuta y contrastarlo con sus progresos personales y afrontamientos autónomos

2 Prevención De Situaciones De Riesgo

El terapeuta con el paciente pueden detectar situaciones predecibles y próximas o ensayar posibles situaciones de riesgo potencial (p.e. utilizando el rol playing) relacionadas con los factores de vulnerabilidad personal trabajados (distorsiones y supuestos) y practicar con el paciente alternativas cognitivas-conductuales

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Personalidad/personalidadbib.htm>

PROGRAMACIÓN POR SESIONES –

Nº1

- 1 Explicación a las pacientes de las creencias irracionales de Albert Ellis
 - 2 Aprendizaje de la hoja de autoobservación por las pacientes
 - 3- Explicación a las participantes del proceso y objetivos terapéuticos
- Feedback

N 2

- 1 Explicación de las distorsiones cognitivas de Beck
- 2 Análisis grupal sobre las distorsiones cognitivas
- 3 Identificar las más utilizadas
- 4 Compartir ejemplos

Nº3

- 1 Presentación de la hoja de autoobservación introducir la relación pensamiento-afecto-conducta Feedback la diferencia entre pensamiento y realidad pruebas de realidad
 - 2 Explicación de la focalización gradual de los problemas
 - 3 Tareas para hogar aplicación de la hoja de autorregistro a un problema
 - 4- Feedback de comprensión de la sesión
- Feedback resumen de la sesión

Nº4

- 1 Analizar con las participantes los problemas entre sesiones Focalización en 2 ó 3 problemas por sesión como máximo

- 2 Pedir evidencias para pensamientos automáticos analizados
- 3 Revisión de tarea conductual Feedback y ensayo conductual Relación de la tarea conductual con la modificación de los pensamientos automáticos
- 4- Tareas para hogar Añadir a las pruebas de realidad para los pensamientos automáticos Correcto Incorrectos ahora o siempre y nuevas tareas conductuales graduadas Feedback resumen de la sesión -

Nº5

- 1 Finalizar con las pacientes problemas entre sesiones
- 2 Introducir la técnica de la doble columna en el autorregistro (alternativas a los pensamientos automáticos) Se escogen 2 pensamientos automáticos de los registrados por algunas de las participantes o aquellos que tengan en su mayoría en comun (preferentemente los dos aparentemente más fáciles de modificar inicialmente)
- 3- Revisión de tarea conductual Relación con la modificación de los pensamientos automáticos
- 4- Tareas para hogar Doble columna y nueva tarea conductual graduada Feedback resumen de la sesión

Nº6 y 7 Similar a la Nº5

Nº8

- 1 Énfasis en el desarrollo de la conceptualización del estado cognitivo
- 2 Análisis de los Supuestos personales
- 3 Tareas para hogar Experimentos personales para comprobar el grado de realidad de los supuestos personales Tareas cognitivas conductuales Revisión y feedback
- 4 Preparación para la finalización de la terapia en la décima sesión

N 9

- 1 Énfasis en el desarrollo de la conceptualización del estado cognitivo
- 2 Sesión de seguimiento Se revisa la evolución recaídas y prevención

N 10 Ultima sesión Conclusiones de la aplicación de la terapia Aplicación del postest

Lista de distorsiones cognitivas

www.wikipedia.com

- 1 **Pensamiento todo-o-nada** Interpretar los eventos y personas en términos absolutos evidenciado en el uso de términos como siempre nunca todos cuando su uso no está justificado por los acontecimientos propiamente
- 2 **Sobregeneralización** Tomar casos aislados y generalizar su validez para todo
- 3 **Filtro mental** Enfocarse exclusivamente en ciertos aspectos usualmente negativos y perturbantes, de un evento o persona con exclusión de otras características
- 4 **Descalificar lo positivo** Continuamente echar abajo experiencias positivas por razones arbitrarias
- 5 **Saltar a conclusiones** Asumir algo negativo cuando no hay apoyo empírico para ello Dos subtipos han sido identificados
 - o **Lectura de pensamiento** Presuponer las intenciones de otros
 - o **Adivinación** Predecir o profetizar el resultado de eventos antes de que sucedan
- 6 **Magnificación y Minimización** Subestimar y sobreestimar la manera de ser de eventos o personas Un subtipo identificado es la catastrofización
 - o **Catastrofización** Imaginarse y rumiar acerca del peor resultado posible sin importar lo improbable de su ocurrencia, o pensar que la situación es insoportable o imposible cuando en realidad es incómoda (o muy incómoda) o inconveniente (esta se relaciona con la PTF o poca tolerancia a la frustración cuya importancia psicopatológica ha sido ampliamente investigada por Ellis)
- 7 **Razonamiento emocional** Formular argumentos basados en cómo se siente en lugar de la realidad objetiva
- 8 **Debeísmo** Concentrarse en lo que uno piensa que debería ser en lugar ver las cosas como son y tener reglas rígidas que se piensa que deberían aplicarse sin importar el contexto situacional
- 9 **Etiquetado** Relacionada con la sobregeneralización consiste en asignar un nombre a algo en vez de describir la conducta observada objetivamente La etiqueta asignada por lo común es en términos absolutos, inalterables o bien con fuertes connotaciones prejuiciosas
- 10 **Personalización** También conocida como *falsa atribución*, consiste en asumir que uno mismo u otros han causado cosas directamente cuando muy posiblemente no haya sido el caso en realidad Cuando se aplica a uno mismo puede producir ansiedad y culpa, y aplicado a otros produce enojo exacerbado y ansiedad de persecución

Auto registro

En cuanto a los autorregistros, estos deben ser adaptados al nivel de comprensión del paciente y su nivel evolutivo. Aquí presentamos una adaptación del autorregistro formulado por Beck (1976). También es frecuente que los clínicos adapten los autorregistros al tipo de problema tratado, en este caso sería la ansiedad.

Auto registro (Adaptación Ruiz. 1990)

SITUACIÓN Y ACONTECIMIENTO	ESTADO EMOCIONAL Intensidad (0-10)	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO Grado de creencia (0-10)	CONDUCTA Y RESULTADO	CAMBIO DE PENSAMIENTO AUTOMÁTICO Grado de creencia (0-10)	CAMBIO DE CONDUCTA	NUEVO ESTADO EMOCIONAL Intensidad (0- 10)